# ASOCIAȚIA PSIHIATRICĂ ROMÂNĂ
# ASOCIAȚIA ROMÂNĂ DE PSIHIATRIE SOCIALĂ

FACULTATEA DE MEDICINĂ ORADEA
Direcția Sanitară a jud. Bihor
Spitalul Clinic de Neurologie și Psihiatrie Oradea
Spitalul Militar Oradea
Comitetul Român de Bioetică

FACULTATEA DE DREPT ORADEA
Tribunalul Județean Bihor
Parchetul de pe lângă Curtea de Apel Oradea
Inspectoratul Județean de Poliție Bihor
Parchetul Militar Oradea

A VII-a CONSFĂTUIRE NAȚIONALĂ DE PSIHIATRIE SOCIALĂ *

**19–20–21 oct.**
**1996**

**ORADEA**
**Băile Felix**

ANALELE UNIVERSITĂȚII ORADEA
Seria MEDICINĂ nr. 2

Scanned with OKEN Scanner

Lucrările celei de
a VII-a

# CONSFĂTUIRI NAȚIONALE DE PSIHIATRIE SOCIALĂ

BĂILE FELIX
19-20-21 octombrie 1996

Sub redacția: Dr. Gavril Cornutiu
Tehnoredactare computerizată: Mat. Emilia Drâmbărean

Scanned with OKEN Scanner

" IDEEA CA SĂMÂNȚĂ "

*Eminescu*

" DACĂ NU VEDEM O RATIUNE SUFICIENTĂ PENTRU A CREDE, ACEASTA ESTE O RATIUNE SUFICIENTĂ PENTRU A NU CREDE "

*Hume*

Tipărit la Imprimeria de Vest R.A., Oradea,
str. Mareşal Ion Antonescu nr. 105,
sub cda 334/1996.

Scanned with OKEN Scanner

Preşedinte de onoare: **Prof.Dr. Teodor Maghiar** - Rectorul Universităţii Oradea
Preşedinte executiv : **Dr. Gavril Cornuţiu** -Medic primar, Doctor în Ştiinţe medicale
Şef de secţie la Spitalul clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea

## Comitetul onorific

**Preşedinte de onoare:** Prof. Dr. Teodor Maghiar – Rectorul Universităţii Oradea
Ministrul sănătăţii: Dr. Daniela Bartoş
Ministrul Justiţiei: Ion Predescu
Ministrul de Interne: Ion Doru Tărăcilă
Procurorul General: Nicolae Cochinescu
General de brigadă: Dr. Costică Voicu – Inspector general al Poliţiei Române
General de brigadă magistrat – Adjunctul şefului Parchetelor Militare Bucureşti – Samoilă Joarză
Decanul Facultăţii de Medicină Oradea – Mircea Ifrim
Prodecanul Facultăţii de Drept Oradea – Ioan Romoşan
Prefectul judeţului Bihor
Primarul Municipiului Oradea – Mihai Sturza
Directorul Direcţiei Sanitare a jud. Bihor – Romulus Şandru
Prof. Dr. Doc. Vasile Predescu
Acad. Prof. Dr. Ştefan Milcu
Secretar General Academia de Ştiinţe Medicale – Mihai Zamfirescu
Dr. Adela-Maria Moş – Director al Spitalului Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea

## Comitetul Ştiinţific Naţional

**Coordonator**: Prof. Dr. George Ionescu - Preşedintele Asociaţiei Psihiatrice Române
Prof.Dr.Constantin Oancea - Preşedintele Asociaţiei Române de Psihiatrie socială
Dr. Florin Gâldău - Medic primar psihiatru - Laboratorul de medicină legală Timişoara
Prof. Dr. Vladimir Beliş - Institutul de medicină legală Bucureşti
Prof. Dr. Rodica Macrea - Clinica de Psihiatrie Cluj-Napoca
Acad. Prof. Dr. Mircea Lăzărescu - Clinica de Psihiatrie Timişoara
General de Brigadă Lazăr Cârjan - Şeful Inspectoratului de Poliţie jud. Bihor
Dr. Stefan Kecskemeti-Medic primar - Profesor de psihopatologie Institutul Biblic Emanuel
Jud. Ileana Maria Muţiu - Preşedinta Curţii de Apel Oradea
Prof. Dr. Stelian Rândaşu - Clinica de Psihiatrie Cluj-Napoca
Dr. Horea Ardelean - Medic primar - Spitalul clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea
Prof. Dr. Mircea Doroftei - Secretar Ştiiţific al Facultăţii de Medicină Oradea
Sef de lucrări Dr. Octavian Hanganu - Clinica de Psihiatrie Bucureşti
Prof. Dr. Constatin Maximilian - Preşedintele Comitetului Român de Bioetică
Prof. Dr. T. Udriştoiu - Clinica de Psihiatrie Craiova
Prof. Dr. Gheorghe Grecu - Clinica de Psihiatrie Târgu-Mureş
Conf. Dr. P.Boişteanu - Clinica de Psihiatrie Iaşi
Sef de lucrări Dr. Dan Prelipceanu - Clinica de Psihiatrie Bucureşti
Col. Dr. Gheorghe Mihai - Medic primar - Şef secţie Spitalul Militar Central

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

## Comitetul organizatoric local

Dr. Octavian Laza – Medic primar – Şef secţie Spitalul clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea
Jud. Teodor Ţenţ – Preşedintele Tribunalului Bihor – Oradea
Prim Procuror Gheorghe Moţ – Parchetul de pe lângă Curtea de Apel Oradea
Dr. Gabriel Mihalache – Medic primar – Laboratorul de Medicină Legală Bihor
Dr. Decebal Colceriu – Medic primar – Şef Secţie Spitalul Militar Oradea
Prim Procuror Militar Ioan Pop – Şeful Parchetului Militar Oradea
Dr. Monica Platon – Medic primar – Şef secţie Spitalul clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea
Viceprimarul Municipiului Oradea – Ion Hârcă
Dr. ec. Dorel Negru – Director financiar al Direcţiei Sanitare a jud. Bihor
Dr. Marius Bembea – Medic primar – Director al Spitalului clinic de copii Oradea
Prim Procuror Radu Bodea – Parchetul de pe lângă Tribunalul Bihor – Oradea.

## Colectivul de psihiatrii, neuropsihiatrii infantili şi psihologi din Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea care au concurat la organizarea acestei Consfătuiri

Dr. H. Ardelean
Dr. Adriana Belba
Psih. Ileana Colceriu
Dr. G. Cornuţiu
Dr. Gh. Cozari
Dr. O. Laza
Dr. Cr. Madaş
Dr. Adela Mesaroş
Dr. Monica Platon
Dr. Anca Tudor
Psih. N. Vandici
Psih. Mirela Vintilă

# CUPRINS

*Cuvânt de întâmpinare*.....14
*Argument*.....15

**I. NOȚIUNI GENERALE DE PSIHIATRIE LEGALĂ**.....17

**1. PROCESUL CRIMINALIZĂRII O TENDINȚĂ ACTUALĂ ÎN PATOLOGIA INFRACȚIONALĂ**
Prof. Dr. G. IONESCU, Dr. NORA CĂPRARU,
Dr. MARIE-JEANNE GEORGESCU, Dr. RUXANDRA IACOB,
Dr. CAMELIA PETCU, Dr. EUGENIA RĂDULESCU
Clinica de psihiatrie București.....18

**2. DIAGNOSTICUL ŞI ANGAJAREA TERAPEUTICĂ A PSIHIATRULUI IN DIRECȚIA SUPORTULUI SOCIAL (PREAMBUL AL TUTELEI)**
Acad. Prof. Dr. M. LĂZĂRESCU
Clinica Psihiatrică "E. Pamfil" Timişoara.....20

**3. PROBLEME LOGICO-SEMANTICE ALE LIMBAJULUI EXPERTIZEI PSIHIATRICO-PENALE**
Dr. F. GÂLDĂU, Dr. AURORA JEBEREANU,
Acad. Prof. Dr. M. LĂZĂRESCU, Prof. Dr. M. DRESSLER,
Psih. MARIA CORIN, Dr. V. CIOBANU, Jurist LILIANA TODOR,
Psih. M. NEACŞU
Laboratorul de Medicină Legală "Mina Minovici" Timişoara
Clinica de Psihiatrie "Eduard Pamfil" Timişoara.....24

**4. TRINOMUL NEGLIJARE - DELINCVENȚĂ - JUSTIȚIE**
General de brigadă L. CÂRJAN
Şeful Inspectoratului de Poliție al Județului Bihor.....36

**5. CAPACITATE PSIHICĂ - DISCERNĂMÂNT - POTENȚIAL ANTISOCIAL**
Prof. Dr. V. BELIŞ, Dr. GABRIELA COSTEA, Dr. M.GANGAL
Institutul de Medicină Legală "Mina Minovici" București.....40

**6. PROFILUL PSIHOLOGIC AL DELINCVENTULUI JUVENIL ÎN PERIOADA DE TRANZIȚIE**
Dr. C. OANCEA
Clinica de Psihiatrie București.....48

**7. CREDIBILITATEA - O INCURSIUNE PSIHIATRICĂ ÎN PROBLEMATICA GENEZEI, VALORII ŞI PSIHOPATOLOGIEI MĂRTURIEI LA COPIL ŞI ADULT -**
Dr. Şt. KECSKEMÉTI - Doctor în medicină
Spitalul Clinic de Copii Oradea.....54

**8. AGRESIVITATE, COMPORTAMENT ANTISOCIAL, BOALĂ PSIHICĂ - CONSIDERAȚII TEORETICE GENERALE -**
Prof. Dr. T. UDRIŞTOIU, Conf. Dr. D. MARINESCU,
Dr. G.C. MIHĂESCU, Dr. S. LARENTZAKIS
Clinica de Psihiatrie Craiova.....60



Scanned with OKEN Scanner

9. NOȚIUNI ŞI CONCEPTE FUNDAMENTALE ALE PSIHIATRIEI JUDICIARE
Şef de lucrări Dr. D. PRELIPCEANU
Clinica de Psihiatrie Bucureşti.....65
10. SUICID ŞI PRESĂ
Asistent univ. Dr. IOANA MICLUȚIA
Catedra de Psihiatrie
Universitatea de Medicină "Iuliu Haţieganu" Cluj-Napoca.....73
11. DE LA NEGLIJARE PEDAGOGICĂ LA DELINCVENȚA MANIFESTĂ. CU REFERIRE LA MINORI.
Prof. Dr. C. ROMANESCU, Dr. ADRIANA PANAITESCU,
Dr. ANA-MARIA GRIGORESCU
Clinica Psihiatrică "Socola" Iaşi.....79
12. CONOTAȚII INTEROGATIVE PRIVIND VALOAREA ŞI LIMITELE EXPERTIZEI MEDICO-MILITARE PSIHIATRICE
Col.Dr. M.D.GHEORGHE, Dr. D.VASILE, Dr. GH.CLEJAN,
Dr. GABRIELA GRIGORESCU
Clinica de Psihiatrie - Spitalul Militar Central Bucureşti.....81
13. REPERE ISTORICE ŞI TRADIȚIE EUROPEANĂ ÎN PSIHIATRIA JUDICIARĂ
Şef de lucrări Dr. D. PRELIPCEANU
Clinica de Psihiatrie Bucureşti.....85
14. UNELE ASPECTE PSIHO-SOCIALE ŞI JURIDICE ALE ABANDONULUI
Dr. L. RITLI, Dr. Şt. KECSKEMETI
Spitalul Clinic de Copii Oradea.....89
15. ASPECTE DIAGNOSTICE ÎN INTOXICAȚIA ALCOOLICĂ PATOLOGICĂ
Prof. Dr. RODICA MACREA
Clinica de Psihiatrie Cluj-Napoca.....94
16. DISCERNĂMÂNT SAU COEFICIENT DE INTEGRARE ŞI GRAD DE RESPONSABILITATE
Dr. G. CORNUȚIU Doctor în ştiinţe medicale
Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea.....98

II. EXPERTIZA PSIHIATRICO-LEGALĂ.....106
17. NOTĂ PRELIMINARĂ PRIVIND EFECTUAREA EXPERTIZELOR MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE ÎN REPUBLICA MOLDOVA
Dr. A. CARPA(1), Dr. ELEONORA CUSCNEVICI(1),
Dr. V.HOLBAN(1), Dr. L.PÂRLIȚEANU(1), Dr. Gh.NEDELCIUC(2),
Dr. C.POLTELNICU(2), Dr. I. NASTAŞ(2)
(1) - Spitalul de psihiatrie nr.5 Bălți
(2) – Clinica de psihiatrie „Socola" Iaşi ..... 108
18. ASPECTE ŞI CONCLUZII PRELIMINARII PRIVIND EFECTUAREA ÎN CONDIȚII DE AMBULATOR A EXPERTIZELOR MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE



Scanned with OKEN Scanner

Dr. A. CARPA (1), Dr. ELEONORA CUSCNEVICI (1),
Dr. V. HOLBAN (1), Dr. L. PÂRLIȚEANU (1), Dr. Gh. NEDELCIUC (2),
Dr. C. POSTELNICU (2), Dr. I. NASTAŞ (2)
(1) – Spitalul de Psihiatrie nr. 5 Bălți
(2) – Clinica de Psihiatrie „Socola" Iaşi ..... 112

19. **DIFICULTĂȚI METODOLOGICE ALE EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE**
Prof. Dr. T. UDRIŞTOIU, Conf. Dr. D. MARINESCU,
Dr. C. MIHĂESCU
Clinica de Psihiatrie Craiova ..... 116

20. **ÎNLOCUIREA ŞI ÎNCETAREA MĂSURILOR DE SIGURANȚĂ CU CARACTER MEDICAL – RESPONSABILITĂȚI, DILEME, RISCURI –**
Dr. C. POSTELNICU, Dr. C. BORZA, Dr. LORICA BORZA,
Dr. ROXANA CHIRIȚĂ, Conf. Dr. V. CHIRIȚĂ,
Dr. LILICA ALEXOAIE–CONACHI
Clinica de Psihiatrie „Socola" Iaşi ..... 120

21. **PARTICULARITĂȚI ALE EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE ÎN INFRACȚIUNILE DE PRUNCUCIDERE. DISPUNEREA ŞI APRECIEREA CRITICĂ A EXPERTIZELOR**
Prim procuror V. MIRIŞAN, Procuror şef secț. urmărire penală I. MOLDOVAN
Parchetul de pe lângă Tribunalul Sălaj ..... 127

22. **CU PRIVIRE LA UNELE DIFICULTĂȚI GENERATE DE NOȚIUNEA DE DISCERNĂMÂNT LA ADOLESCENT**
Conf. Dr. MONICA PLAHTEANU, Prof. Dr. C. ROMANESCU,
Dr. ADRIANA PANAITESCU, Dr. ANA-MARIA GRIGORESCU
Clinica de Psihiatrie „Socola" Iaşi ..... 137

23. **DIFICULTĂȚI ÎN EFECTUAREA ŞI DESFĂŞURAREA EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE**
Col. Dr. P. CHERTIC – şeful Direcției medicale din M.Ap.N.,
Cpt. medic E. R. IONESCU-MIHĂIȚĂ
Institutul medico-militar Bucureşti ..... 139

24. **INCIDENȚA BOLNAVILOR PSIHICI ÎN SĂVÂRŞIREA FAPTELOR PENALE. PARTICULARITĂȚI ALE CERCETĂRII LA FAȚA LOCULUI CARE CONDUC SPRE CONCLUZIA UNUI AUTOR BOLNAV PSIHIC. ACTIVITATEA POLIȚIEI PENTRU DEPISTAREA ŞI CUNOAŞTEREA PERSOANELOR DIN ACEASTĂ CATEGORIE SOCIALĂ.**
Colonel T. POPA
Inspectoratul de Poliție – jud. Bihor ..... 145

25. **DIFICULTĂȚILE MEDICULUI LEGIST ÎN COMISIA DE EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ**
Dr. G. MIHALACHE
Laboratorul de Medicină Legală Oradea ..... 166

26. **EXAMENUL PSIHOLOGIC – „RADIOGRAFIE A PERSOANEI EXPERTIZATE MEDICO-LEGAL"**



Scanned with OKEN Scanner

Psihol. N. VANDICI, Psihol. ILEANA COLCERIU, Dr. H. ARDELEAN
Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea ..... 167

**27. ASPECTE METODOLOGICE ALE EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE**
Şef de lucrări Dr. D. PRELIPCEANU
Clinica de Psihiatrie Bucureşti ..... 173

**28. CORELAȚIA DINTRE EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ ŞI EXPERTIZA MEDICO-MILITARĂ**
Dr. A. TIUGAN (1), Dr. EMILIA VINTE (2)
(1) – Spitalul Militar Craiova
(2) – Clinica de Psihiatrie Craiova ..... 178

**29. APRECIEREA DISCERNĂMÂNTULUI LA BOLNAVUL SCHIZOFREN AFLAT ÎN PERIOADA DE REMISIE**
Dr. G. MIHALACHE (1), Dr. H. ARDELEAN (2)
(1) – Laboratorul de Medicină Legală Oradea
(2) – Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea ..... 185

**30. DELICVENȚA MINORULUI – CAUZE ŞI MODALITĂȚI DE INVESTIGARE ASPECTE PSIHIATRICE**
Şef de lucrări Dr. IULIANA DOBRESCU (1),
Preparator Dr. E. R. IONESCU-MIHĂIȚĂ (2)
(1) – Clinica de Neuropsihiatrie infantilă – UMF „Carol Davila"
(2) – Institutul de Medicină Militară Bucureşti ..... 187

**31. DIFICULTĂȚI ÎN STABILIREA DISCERNĂMÂNTULUI ÎN EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ**
Col. Dr. P. CHERTIC – şeful Direcției medicale a M.Ap.N.,
Cpt. medic R. E. IONESCU-MIHĂIȚĂ
Institutul medico-militar Bucureşti ..... 193

**32. EXTERNAREA BOLNAVILOR PSIHICI ÎNCADRAȚI ÎN C.P. 114 – CRITERII METODOLOGICE –**
Dr. H. ARDELEAN (1), Dr. G. MIHALACHE (2)
(1) – Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea
(2) – Laboratorul de Medicină Legală Oradea ..... 198

**33. METODE DE EVIDENȚIERE A RELAȚIILOR COPIL–ŞCOALĂ–FAMILIE PRIN REPREZENTAȚII TEATRALE**
Dr. R. PÂRVULECU, Psiholog ROZALIA PÂRVULECU
Asist. CARMEN DOLOG, Educ. AUREL DOLOG
Spitalul de Neuropsihiatrie Infantilă Lugoj ..... 203

**34. CARACTERISTICI PSIHODIAGNOSTICE LA MINORII DELICVENȚI UN STUDIU COMPARATIV**
Psiholog L. GURGUȚĂ, Dr. N. VLAD
Spitalul de Psihiatrie Botoşani ..... 204

**III. MĂSURI DE SIGURANȚĂ CU CARACTER MEDICAL** ..... 211

**35. RĂSPUNDEREA CIVILĂ PENTRU FAPTELE ILICITE SĂVÂRŞITE DE MINORI ŞI PERSOANELE PUSE SUB INTERDICȚIE**
Lector univ. Dr. I. ROMOŞAN



Scanned with OKEN Scanner

Prodecan al Facultății de Drept Oradea ..... 212

36. **PENTRU O SUPLĂ ŞI DINAMICĂ APLICARE A MĂSURILOR DE SIGURANȚĂ**
Prof. Dr. T. UDRIŞTOIU, Conf. Dr. D. MARINESCU
Clinica de Psihiatrie Craiova ..... 221

37. **DREPTUL LA TUTELĂ – DEZVOLTĂRI ŞI EXPERIENȚĂ**
Dr. G. KOTSCHICK
Secția de Psihiatrie Spitalul Maria Euskirchen Germania ..... 224

38. **FORME ŞI INSTANȚE ALE INTERNĂRII ŞI SPITALIZĂRII LA PSIHIATRIE. PARTICULARITĂȚI ŞI RESPONSABILITĂȚI**
Prof. Dr. G. IONESCU, Dr. MARIE-JEANNE GEORGESCU,
Dr. RUXANDRA IACOB, Dr. MARIA IORGULESCU,
Dr. ILEANA PLĂVIȚU
Clinica de Psihiatrie Bucureşti ..... 229

39. **INTERNAREA DE URGENȚĂ ŞI FACTORII PSIHO-SOCIALI PRIVIND RELAȚIA BOLNAV–APARȚINĂTOR**
Dr. MARIA PRAJA, Dr. St. KECSKEMÉTI, Dr. ANA POPA,
Dr. MIHAELA DICULESCU
Spitalul Clinic de Copii Oradea ..... 234

40. **CONSIDERAȚII PRIVIND CONȚINUTUL MĂSURILOR DE SIGURANȚĂ PREVĂZUTE DE ART. 113 ŞI 114 COD PENAL ŞI PROCEDURA DISPUNERII ACESTORA**
Prim procuror adjunct L. D. LICIU (1), Prim procuror Gh. HURJUI (2)
(1) – Parchetul de pe lângă Curtea de Apel Bacău
(2) – Parchetul de pe lângă Tribunalul Neamț ..... 239

41. **COMPETENȚĂ, DISCERNĂMÂNT ŞI DEONTOLOGIE ÎN INTERNĂRILE URGENȚELOR PSIHIATRICE**
Conf. Dr. A. NIREŞTEAN, Dr. M. ARDELEAN
Dr. MARIETA GRECU-GABOŞ, Dr. MARIA SZATMÁRI
Clinica Psihiatrie Târgu Mureş ..... 248

42. **INTERFERENȚE MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE ÎNTR-UN STUDIU CLINICO-STATISTIC**
Conf. Dr. P. BOIŞTEANU (1), Prim procuror C. ILAŞ (2),
Dr. ANA-MARIA GRIGORESCU (1), Dr. CARMEN ZAHARIA (1)
(1) – Spitalul Universitar de Psihiatrie „SOCOLA" Iaşi
(2) – Parchetul de pe lângă Curtea de Apel Iaşi ..... 254

43. **URGENȚA PSIHIATRICĂ – UNELE ASPECTE TEORETICE PARTICULARE PRIVIND PACIENȚII SPITALIZAȚI INVOLUNTAR**
Conf. Dr. P. BOIŞTEANU (1), Dr. R. ANDREI (1), Dr. DIANA ILIEŞ (1),
Dr. ANA MARIA GRIGORESCU (1), DR. M. GOTTLIEB (1),
Prim Procuror C. ILAŞ (2)
(1) – Spitalul Universitar de Psihiatrie „Socola" Iaşi
(2) – Parchetul de pe lângă Curtea de Apel Iaşi ..... 259

44. **INTERNAREA DE URGENȚĂ ŞI TERAPIA INTENSIVĂ ÎN CADRUL SPITALULUI DE PSIHIATRIE „COŞTIUGENI" – CHIŞINĂU**
Dr. A. PLEŞCO, Dr. Iu. BERGHI



Scanned with OKEN Scanner

Spitalul de Psihiatrie Chişinău ..... 262
45. **ASPECTE ALE INTERNĂRII DE URGENȚĂ ÎN SPITALELE DE PSIHIATRIE DIN REPUBLICA MOLDOVA**
Dr. Iu. BERGHI, Dr. I. CATRINICI, Dr. A. PLEŞCO
Spitalul Clinic Psihiatrie „Coştiugeni" – Chişinău ..... 266
46. **STUDIU PSIHIATRIC-JUDICIAR ASUPRA UNUI LOT DE BOLNAVI SCHIZOFRENI INTERNAȚI**
DR. H. ARDELEAN (1), Psiholog N. VANDICI (1), Dr. G. MIHALACHE (2)
(1) – Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea
(2) – Laboratorul de Medicină Legală Oradea ..... 269
47. **CONSIDERAȚII ŞI ASPECTE PRIVIND ASISTENȚA BOLNAVILOR PSIHICI ÎN CONDIȚIILE PREVĂZUTE DE ART. 113 C.P. – Date din experiența L.S.M. Iaşi –**
Dr. C. BORZA, Dr. C. POSTELNICU, Dr. LORICA BORZA,
Dr. LILICA ALEXOAIE-CONACHI, Dr. ROXANA CHIRIȚĂ,
Conf. Dr. V. CHIRIȚĂ ..... 273
48. **TENDINȚE ŞI REUŞITE AUTOAGRESIVE LA POPULAȚIA UNUI ORAŞ MUNCITORESC**
Dr. I. SĂMĂRGHIȚAN, Dr. ADRIANA VĂDAN, Dr. D. IONESCU
Spitalul Municipal Hunedoara ..... 279
49. **ELEMENTE PRIVIND ASISTENȚA PSIHIATRICĂ PROTECTIVĂ A DIZARMONIILOR DE PERSONALITATE**
Dr. VLAD NICOLAE
Spitalul de Psihiatrie Botoşani ..... 290
50. **EXTERNAREA „INVOLUNTARĂ" (MEDICO-DISCIPLINARĂ)**
Prof. Dr. G. IONESCU, Dr. NORA CĂPRARU,
Dr. MARIA IORGULESCU, Dr. CAMELIA PETCU,
Dr. EUGENIA RĂDULESCU
Clinica de Psihiatrie Bucureşti ..... 294
**IV. ASPECTE MEDICO-LEGALE ALE PATOLOGIEI PSIHIATRICE** ..... 297
51. **DELICVENȚA ÎN PATOLOGIA AFECTIVĂ**
Prof. Dr. T. UDRIŞTOIU, Conf. Dr. D. MARINESCU,
Dr. G. C. MIHĂESCU
Clinica de Psihiatrie Craiova ..... 298
52. **ASPECTE MEDICO-JURIDICE ÎN ASISTENȚA BOLNAVULUI PSIHIC DELICVENT**
Prof. Dr. S. RÂNDAŞU
Clinica Psihiatrică Cluj-Napoca ..... 302
53. **COPILUL MALTRATAT – ASPECT CLINIC (din cazuistica Spitalului Clinic de Copii Oradea)**
Dr. M. BEMBEA, Dr. OLGA VÁNCSIK, Dr. St. KECSKEMÉTI,
Dr. Gh. BOCHIŞ, Asist. sociale: CRENGUȚA FLORUȚ,
GABRIELA KIS ..... 304
54. **LIMITE ŞI CONTRADICȚII ÎN APLICAREA SPITALIZĂRII INVOLUNTARE**
Şef de lucrări Dr. D. PRELIPCEANU



Scanned with OKEN Scanner

Clinica de Psihiatrie Bucureşti ..... 307
55. ASPECTE CLINICO-EPIDEMIOLOGICE ALE PSIHOZELOR ALCOOLICE DE TIP TRANSFORMANT LA BOLNAVII CU ALCOOLISM CRONIC PRIN ABUZ DE VIN ŞI CEL MIXT
Prof. Dr. N. OPREA, Dr. V. DUBCENCO, Dr. V. OPREA, Dr. M. PLOTNICU, Dr. V. BLAJINU
Clinica de Psihiatrie Chişinău ..... 310
56. TENTATIVA SUICIDARĂ ŞI SUICIDUL ASPECTE MEDICALE ŞI PSIHOSOCIALE LA COPII
Dr. G. CURTEANU, Dr. R. SPINEANU
Spitalul Clinic de Copii Oradea ..... 314
57. COPILUL NEDORIT CA PROBLEMĂ MEDICO-LEGALĂ
Dr. ANA-MARIA GRIGORESCU, Dr. ADRIANA PANAITESCU, Prof. Dr. C. ROMANESCU
Clinica de Psihiatrie „Socola" Iaşi ..... 318
58. ABUZUL SEXUAL LA COPIL ŞI ADOLESCENT – consecinţe
Şef lucrări Dr. IULIANA DOBRESCU(1), Dr. E. R. IONESCU-MIHĂIŢĂ(2)
(1) – Clinica de Neuropsihiatrie Infantilă – UMF „Carol Davila"
(2) – Institutul Medico-Militar Bucureşti ..... 321
59. SUICIDUL ŞI ATACUL DE PANICĂ
Dr. DELIA PODEA, Dr. MIHAELA BRAD, Dr. PÁPAI BÉLA
Spitalul de Psihiatrie Arad ..... 325
60. PSIHOPROFILAXIA NARCO- ŞI TOXICOMANIILOR ÎN COPILĂRIE ŞI ADOLESCENŢĂ
Dr. A. PLEŞCO, Dr. Iu. BERGHI
Spitalul Clinic Psihiatric "Coştiugeni" Chişinău ..... 328
61. DETERMINISMUL COMPORTAMENTULUI INFRACŢIONAL
Dr. MAGDA LUCHIAN, Dr. FLAVIA ONOFRAŞI, Dr. N. COSMOVICI
Spitalul Universitar de Psihiatrie „Socola" Iaşi ..... 330
62. DEBUT MEDICO-LEGAL ÎN SCHIZOFRENIE – CAZ CLINIC
Dr. D. COLCERIU(1), Prim procuror militar I. POP(2)
(1) – Spitalul Militar Oradea
(2) – Parchetul Militar Oradea ..... 336
63. DEBUT MEDICO-LEGAL MONOSIMPTOMATIC AL UNEI SCHIZOFRENII CU TRIPLU HOMICID
Dr. A. VERESS(1), Dr. G. RÉDAI(1), Dr. A. DORGÓ(1), Dr. MARIA TODEA(1), Dr. Gh. PAINA(2)
(1) – Spitalul Judeţean Miercurea Ciuc
(2) – Spitalul Judeţean Zalău ..... 338
64. ASPECTE MEDICO-LEGALE ÎNTÂLNITE ÎN PSIHOPATOLOGIA FEMININĂ
Dr. V. VLĂDUŢ, Dr. Gh. OROS, Dr. C. BARNA
Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea ..... 344
65. ASPECTE ŞI PROBLEME ACTUALE DE PSIHIATRIE SOCIALĂ ALE URGENŢELOR PSIHIATRICE LA NIVELUL UNEI SECŢII DE PSIHIATRIE



Scanned with OKEN Scanner

Dr. C. POSTELNICU, Dr. M. T. LAUDAT, Dr. NICOLETA CARTAŞ
Spitalul Universitar de Psihiatrie „SOCOLA" Iaşi ..... 348

**66. ASPECTE ALE VIOLENȚEI CONJUGALE LA CUPLURILE NEVROTICE ÎN JUDEȚUL BIHOR**
Dr. ADRIANA BELBA(1), Lector univ. ADRIANA BABAN(2)
(1) – Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea
(2) – Institutul Psihologic Cluj-Napoca ..... 354

**67. CRIMINALITATEA CA FENOMEN PSIHOPATOLOGIC**
Prof. Dr. RÂNDAŞU STELIAN
Clinica Psihiatrică Cluj-Napoca ..... 356

**68. BEȚIA ALCOOLICĂ VOLUNTARĂ ACUTĂ**
**Considerații asupra asistenței sale ca urgență psihiatrică**
**Aspecte comparative între România şi Republica Moldova**
Dr. C. POSTELNICU, Dr. M. T. LAUDAT, Dr. NICOLETA CORTAS,
Dr. GH. NEDELCIUC, Dr. L. PÂRLIȚANU
Clinica de Psihiatrie „Socola" Iaşi
Clinica de Psihiatrie Chişinău ..... 360

**69. IMPLICAȚIILE MEDICO-SOCIALE ŞI JURIDICE LA BOLNAVII SCHIZOFRENI CU COMPORTAMENT DEVIANT ÎN EVIDENȚA LABORATORULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ CLUJ-NAPOCA**
Dr. T. NEAMȚU(1), Dr. A. SECĂREANU(1), Dr. ANTONIA NEAMȚU (2)
(1) – Laboratorul de Sănătate Mintală Cluj-Napoca
(2) – Studentă anul V M.G. ..... 365

**70. DELICVENȚA SEXUALĂ ŞI PSIHOPATOLOGIA**
Prof. Dr. T. UDRIŞTOIU, Conf. Dr. D. MARINESCU,
Dr. G. C. MIHĂESCU, Dr. L. GRUIEȚ
Clinica de Psihiatrie Craiova ..... 369

**71. IMPLICAȚII PSIHOPATOLOGICE ACTUALE ÎNTR–UN CAZ TORTURAT ÎN URMĂ CU 23 ANI – PREZENTARE DE CAZ**
Dr. A. MARIN(1), Dr. Fl. GÂLDĂU(2)
(1) – Clinica de Psihiatrie Timişoara
(2) – Laboratorul Exterior de Medicină Legală „Mina Minovici"
Timişoara ..... 374

**72. IMPLICAȚII MEDICO-LEGALE ALE INTOXICAȚIEI ALCOOLICE ÎN DISCERNĂMÂNT**
Asist. univ. Dr. D. PERJU-DUMBRAVĂ(1), Dr. C. REBELEANU(1),
Dr. F. POPOVICI(1), Dr. A. CĂPÂLNEANU(2), Dr. M. POP(1)
(1) – Institutul medico-legal Cluj-Napoca
(2) – M.L. – Laborator exterior Cluj-Napoca ..... 374

**73. CERCETĂRI PRIVIND IMPLICAȚIILE MEDICO-LEGALE ALE COMPORTAMENTULUI DISOCIAL PSIHOPATIC**
Dr. VLAD NICOLAE – Spitalul de Psihiatrie Botoşani ..... 375

**V. DECRETUL 313/1980 ŞI ALTE STRINGENȚE** ..... 381

**74. PROIECTUL LEGII PRIVIND ASISTENȚA PSIHIATRICĂ OBLIGATORIE ŞI PROTECȚIA PERSOANELOR CU TULBURĂRI MINTALE**



Scanned with OKEN Scanner

Dr. Cl. LOUZOUN, Şef de lucrări Dr. D. PRELIPCEANU,
Conf. Dr. C. OANCEA, Dr. G. COŞA, Dr. V. ŢUCULESCU,
Dr. L. ALEXANDRESCU, Dr. NANDA ARVAY, Dr. A. TOTÂLCĂ
Clinica de Psihiatrie Bucureşti ..... 382

**75. ASUPRA RECONSIDERĂRII DECRETULUI 313/1980**
Prof. Dr. T. UDRIŞTOIU, Conf. Dr. D. MARINESCU,
Dr. G. C. MIHĂESCU
Clinica de Psihiatrie Craiova ..... 387

**76. DIAGRAMA BOLNAVILOR PSIHICI ÎNCADRAŢI ÎN DECRETUL 313/80 AFLAŢI ÎN EVIDENŢA L.S.M. ORADEA**
Dr. TATIANA IRIMESCU,
As. social DORINA DRAGU, As. med. ADRIANA MADOR
Spitalul de Neurologie şi Psihiatrie Oradea ..... 390

**77. TIP DE PERSONALITATE *„MALIGNĂ“* CU POTENŢIAL DELICTUAL RIDICAT**
Dr. G. MIHALACHE(1), Dr. H. ARDELEAN (2)
(1) – Laboratorul de Medicină Legală Oradea
(2) – Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea ..... 393

**78. CONSIDERAŢII ASUPRA NECESITĂŢII REVIZUIRII BAREMULUI PENTRU CONDUCERE AUTO ÎN CONFORMITATE CU CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DIN D.S.M. III.R ŞI CLASIFICAŢIA INTERNAŢIONALĂ A MALADIILOR – EDIŢIA X-A DIN 1994**
Dr. O. LAZA(1), Col. Ing. R. ŞIPOŞ (2)
(1) – Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea
(2) – Inspectoratul de Poliţie Bihor ..... 394

**79. NECESITĂŢI DE PROTECŢIE SOCIALĂ ŞI JURIDICĂ A PSIHIATRULUI, PSIHOLOGULUI MEDICAL, CADRELOR MEDII ŞI AUXILIARE DIN REŢEAUA DE PSIHIATRIE**
Dr. H. ARDELEAN, Dr. ADRIANA BELBA, Psih. ILEANA COLCERIU,
Dr. G. CORNUŢIU, Dr. Gh. COZARI, Dr. MARGARETA CZIRA,
Dr. C. JAMBOR, Dr. TATIANA IRIMESCU, Dr. O. LAZA,
Psih. EMŐKE KISS, Dr. Cr. MADAŞ, Dr. ADELA MESAROŞ,
Dr. RODICA MUNTEANU, Dr. Gh. OROS, Dr. NICOLETA TĂTARU,
Dr. I. ŞIPOŞ, Psih. N. VANDICI, Dr. V. VLĂDUŢ, Dr. DANA WEITH,
Dr. MONICA PLATON, Dr. VIOLETA POP, Dr. DOINA URSUŢA,
Dr. ANCA TUDOR, Dr. SIMONA ROŞU, Psih. CECILIA WEBER,
Psih. MIRELA VINTILĂ, Logop. ILDICO FODOR, Dr. Şt. KECSKEMÉTI
Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea ..... 396

**LISTA LUCRĂRILOR ANUNŢATE PENTRU A VII-A CONSFĂTUIRE NAŢIONALĂ DE PSIHIATRIE SOCIALĂ ŞI NETRIMISE PÂNĂ LA DATA DE 30.05.1996** ..... 399

***Epilog*** ..... 401

**REZUMATE ÎN LIMBA ENGLEZĂ (Abstracts)** ..... 402

**INDEX ALFABETIC DE AUTORI** ..... 429



Scanned with OKEN Scanner

# CUVÂNT DE ÎNTÂMPINARE

*În tot ceea ce face omul, orice început este şi o continuare. Îi continuăm pe cei de la care am învăţat. Este o evoluţie a lucrurilor care este independentă de noi. De noi depinde însă conţinutul acestei evoluţii, calităţile definitorii a ceea ce va deveni la un moment dat tradiţie. Din acest punct de vedere, atitudinea ştiinţifică activă a învăţământului universitar orădean, atât medical cât şi juridic, se înscrie într-o atitudine conştientă faţă de viitorul acestui centru de învăţământ. Iar dumneavoastră, toţi cei care participaţi cu capacitatea dumneavoastră ştiinţifică la manifestări de genul acesteia, sunteţi cei care consolidaţi viitorul conştient al învăţământului universitar orădean.*

*Conducerea Universităţii a sprijinit întotdeauna orice iniţiativă contructivă care are menirea de a conferi calitate vieţii intelectuale, de a da conţinut, şi nu orice conţinut, formelor organizatorice pe care, cu eforturi, am reuşit să le obţinem.*

*Fiţi cu toţii bineveniţi ca oaspeţi ai Facultăţilor Universităţii Orădene! Vă doresc o dezbatere fructuoasă a ideilor şi o întâlnire colegială plăcută. Prietenii vă vor întâmpina întotdeauna cu drag.*

**Prof. Univ. Dr. Ing. Teodor Maghiar**

**Rectorul Universitătii Oradea**

Scanned with OKEN Scanner

# ARGUMENT

*Este axiomatic faptul că importanța oricărei reuniuni științifice constă în contribuția sa la ameliorarea demersurilor clinice. Această contribuție poate avea o importanță:*

*- concretă, imediată, aplicabilă*

*- teoretică, (euristică), de perspectivă, dezirabilă.*

*Fără îndoială, această amplă reuniune științifică se înscrie în prima categorie.*

*Interferența* psihiatrie/lege, *cunoscută din preistorie dar reglementată din antichitate, cunoaşte şi astăzi* "o mare complexitate" *constituind în plus sursa unor măsuri discutabile şi de cele mai multe ori blamate.*

*Pe de altă parte astăzi, acest* "Ocean de medicină legală" *prin complexa şi controversata sa problematică* "pune la grea încercare psihiatrul informat" *care constată cu explicabilă consternare cum relația psihiatrie/lege cunoaşte o continuă* "deteriorare".

*Deteriorarea acestei diade (*Psihiatrie/Lege*) se datoreşte caracterului său unitar, contradictoriu, indisociabil şi durabil.*

*Dacă nebunia a apărut odată cu ființa umană, legea este contemporană cu comunitatea.*

*În nuanțarea şi contradictoria sa diada* Psihiatrie/Lege *a arătat lumii şi societății, fața albă şi clar delimitată a legalității. Psihiatria a constituit fața dinspre miazănoapte a lui Ianus. În cadrul acestei relații, în îndelungata sa istorie, psihiatria a fost de fapt umbrită de lege:*

*- nimeni nu i-a făcut o expertiză lui Cain*

*- nimic nu se ştie despre vre-o eventuală autopsie psihologică a lui Abel.*

*Nu numai că a fost umbrită dar, uneori, psihiatria a fost acoperită de lege (nebunii şi hoții împărtăşind aceeaşi soartă), fapt subliniat de cei mai mari scriitori, de pe toate meridianele, de la Dostoievschi la Oscar Wilde, care constată că:*

"nici maci, nici crini nu înfloresc
pentru nebuni şi hoți,
.....
spre a spune că Divinul Fiu
murit-a pentru toți!".

*Legea este, şi nici nu poate fi altfel, decât tranşantă, în timp ce psihiatria, prin esența, semnificația şi menirea sa, nu poate fi decât tolerantă. Prin aceasta, psihiatria se apropie de religie în timp ce justiția nu poate avea astfel de disponibilități.*



Scanned with OKEN Scanner

Intotdeauna legea a oferit un cadru conceptul prea îngust şi prea sărac pentru principiile tandre al altruismului psihiatriei. Odată cu evoluția vieții sociale aceste principii au fost preluate de Parens Patriae care-şi asumă responsabilitatea parentală a Conducătorului pentru acei membri ai societății care nu sunt capabili să aibă grijp de ei.

La rândul ei, Justiția, mai activă, mai puțin contemplativă, elaborează Principiul Puterilor Politice asumându-şi rolul Statului de a menține controlul (ordinea) în societate. Sub acest unghi, P.P.P. instrumentează Justiția cu funcția de protecție a cetățenilor, şi a societății în general, față de semenii lor periculoşi.

Prin această reînvigorare a P.P.P. justiția modernă, sub presiunea opiniei publice impune sintagma :"Vinovat dar bolnav psihic" şi dezaprobă formularea, încă în uz "Nevinovat, pentru că este bolnav". În prima situație este pus în lumină actul justițiar, în timp ce a doua situație evidențiază sentimentul umanitar.

Sub aspect metaforic putem spune că balanța justiției este menținută astăzi de rațiune şi nu de inimă, chiar atunci când este vorba de o boală psihică. De fapt, opiniile moderne privind modificarea Legii Penale se bazează pe cogniție şi nu pe dispoziție.

Dar relația denivelată între Psihiatrie şi Justiție ar putea fi armonizată (poate chiar reechilibrată) prin intervenția Moralei. Acest model :"triontic" ar putea contribui nu numai la acreditarea Adevărului ci şi a Binelui.

Sub acest deziderat, veniți din direcții dar/şi din domenii diferite, cu intenția de a realiza Convergența, să contribuim, prin efortul susținut al înțelegerii la realizarea Sinergenței dintre

Justiție
Morală
Psihiatrie

înfăptuind astfel un pas spre o Psihiatrie Judiciară modernă, care ar putea fi denumită Psiho Moralia Adevărului.

*Prof. Dr. George Ionescu*
*Presedintele Asociatiei Psihiatrilor din România*

Scanned with OKEN Scanner

# MAI MULTĂ LINIȘTE ÎN VIAȚA TA

## Mirenil

**Ciech S.A. Polfa oferă neurolepticul Mirenil drajeuri şi fiole (fluphenazine)**

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 1

# NOȚIUNI GENERALE DE PSIHIATRIE LEGALĂ

Scanned with OKEN Scanner

# PROCESUL CRIMINALIZĂRII
# O TENDINȚĂ ACTUALĂ ÎN PATOLOGIA INFRACȚIONALĂ

Prof. Dr. G. IONESCU, Dr. NORA CĂPRARU,
Dr. MARIE-JEANNE GEORGESCU, Dr. RUXANDRA IACOB,
Dr. CAMELIA PETCU, Dr. EUGENIA RĂDULESCU
Clinica de Psihiatrie Bucureşti

Pentru corecta înțelegere a problematicii prezentului studiu se impune precizarea accepțiunilor semantice ale următoarelor noțiuni:

- criminalizarea, în accepția noastră, vizează extinderea prerogativelor legii penale asupra actelor infracționale comise de bolnavii psihici şi deficienți mintal; criminalizarea nu sinonimă cu:

- crima (care, sticto-sensu, constă în ucidera deliberată a unui om) şi nici cu

- incriminarea, substantiv care indică învinuirea, acuzarea.

În pofida faptului că ambele noțiuni prezintă aceeaşi etimologie (crimen, lat., acuzare), cea de-a doua noțiune, incriminarea şi-a pierdut conotația judiciară fiind folosită în sens de învinovățire, de culpabilizare.

La rândul ei, crima, trebuie exclusă din ariile psihopatologiei întrucât, aici, sinonimul său este homicidul, omorul determinat de ideația delirantă sau de manifestarea halucinatorie a pacientului psihotic.

În accepția noastră, criminalizarea constă în extinderea (sau chiar extrapolară) prevederilor legii penale asupra infracțiunilor pacienților psihiatrici şi în primul rând a modului de a vedea şi sancționa homicidul conform criteriilor penale specifice actelor criminale.

Cu alte cuvinte, în jurisprudența psihiatrică a anilor '90, se constată o extindere a Principiului Puterilor Poliției (PPP), care constă în responsabilitatea Statului de a menține controlul în societate. În cazul de față, Statul "*se instituie ca un protector al cetățenilor, ca şi al societății în genral, față de semenii lor periculoşi*" (*T.G.Gutheil*, 1995, p.2756) care, de fapt, sunt pacienți.

Această extindere a jurisdicției instanțelor pe baza învigorării PPP a avut loc în detrimentul PP (*Parens Patriae*) ce ar în vedere o responsabilitate parentală a Conducătorului (Monarhului sau Statului) pentru acei membri ai societății care sunt incapabili să aibă grijă de ei. În zilele noastre, prerogativele lui PP instituie Statul ca protector al pacientului față de propria inabilitate a acestuia de a supraviețui neajutat.

Dacă Statul actual prezintă această dublă investiție de apărător:

- al cetățenilor în ansamblul lor pe baza acreditării PPP şi

Scanned with OKEN Scanner

- al pacienților mintal în virtutea responsabilității parentale impuse de PP., el este îndreptățit să-şi deplaseze atenția şi respectiv protecția, asupra categoriei agresionate şi victimizate.

Prin această pendulare între cei doi poli ai binomului protecție şi criminalizare, Statul intervine ca un factor de echilibrare şi armonizare. Atenția acordată şi armonizare. Atenția acordată astăzi societății este consecința creşterii agresivității atât a unor membri ai societății, cât şi a celor aflați în ariile anormalității. Agresivitatea şi implicit infracționalitatea pacienților psihici au atras atenția opiniei publice care a ajuns la concluzia că "*actualmente se consideră că societatea se află în pericol datorită pacienților psihici necontrolați*" (*T.G.Gutheil*, 1995, p.2755).

Încercând o sintetizare a problematicii "*responsabilității penale*" a pacienților psihiatrici şi a procesului de criminalizare a actelor infracționale ale acestora, menționăm:

- până în anii '90 în jurisdicția principalelor țări ale lumii, inclusiv din țara noastră, actul infracțional şi în primul rând omorul era absolvit de sancțiunea legală dacă făptuitorul era suferind de o boală mintală; se lua în considerație prezumția că pacientul psihiatric nu putea face distincția între "*bine*" şi "*rău*", nu avea conştiința naturii actului şi a consecințelor acestuia;

- actualmente, prin ceea ce am denumit "*proces de criminalizare*" a actelor infracționale a pacienților psihiatrici, sintagma *Mens Rea* (reaua intenție) a fost reevaluată mult mai ferm şi în psihiatria clinică; practic, ea nu poate fi anulată decât în condițiile în care starea mintală a pacientului este atât de afectată încât nu îi permite un raționament logic şi implicit, nici capacitatea unei intenții criminale;

- de asemenea, simpla existență a bolii psihice (desigur a unei psihoze) nu poate împiedica aplicarea legii penale ci numai severa afectare a conştiinței în momentul săvârşirii crimei;

- chiar şi în această situație, justiția trebuie să-şi facă datoria în sensul de a preciza vinovăția, şi numai ulterior să se circumstanțieze prin boala psihică. Mai precis, justiția modernă dar mai ales opinia publică impune sintagma "*Vinovat dar bolnav psihic*" şi dezaprobă formularea încă în uz "*Nevinovat pentru că este bolnav*". În prima situație este pus în lumină actul justițiar, în timp ce a doua situație evidențiază sentimentul umanitar.

Acceptând metafora putem spune că balanța justiției se sprijină astăzi pe rațiune şi nu pe inimă chiar atunci când este vorba de o boală psihică. De fapt, opiniile moderne privind modificarea legii penale se bazează (putem spune în mod exclusiv) pe cogniție şi nu pe dispoziție; ca dovadă, sunt supuse jurisdicției penale condiții care, cu puțini ani în



Scanned with OKEN Scanner

urmă, erau excluse şi anume: provocarea, autoapărarea, automatismul mintal şi tulburarea emoțională extremă.

Nu este mai puțin adevărat că aceste reevaluări şi reorientări ale Legii Penale au avut loc sub presiunea opiniei publice care a invocat în mod explicit acțiunile agresive, uneori terifiante ale bolnavilor psihici în comunitate. Aceasta, se consideră agresionată şi victimizată şi exercită presiuni asupra justiției şi statului de a întreprinde măsurile necesare traduse în cazul de față prin extinderea Legii Penale şi criminalizare.

## DIAGNOSTICUL ŞI ANGAJAREA TERAPEUTICĂ A PSIHIATRULUI ÎN DIRECȚIA SUPORTULUI SOCIAL (PREAMBUL AL TUTELEI)

Acad. Prof. Dr. M. LĂZĂRESCU
Clinica Psihiatrică "E. Pamfil" Timişoara

Tratamentul psihiatric este un act de înalt profesionalism şi presupune o amplă angajare deontologică. El se realizează cu atât mai eficient şi nuanțat cu cât şi diagnosticul este mai corect şi detaliat, surprinzând cât mai multe aspecte ale "*cazului psihiatric*", nu doar din perspectiva strict medicală ci şi socială şi general antropologică.

Creşterea competenței echipei terapeutice psihiatrice în ceea ce priveşte diagnosticul şi terapia, este un act cu semnificație etică, dincolo de obligativitatea normativă şi juridică ce decurge din exercitarea curentă a profesiunii.

În prezent, în plan internațional, diagnosticul - şi implicit terapia psihiatrică, tind tot mai mult să cuprindă, pe lângă identificarea unei stări maladive, şi aspecte semnificative ale existenei sociale ale pacientului. Astfel, ultima cladificare internațională a bolilor psihiatrice - ICD-10 cap.V - în varianta sa de diagnostic pe axe, presupune identificarea şi evaluarea a trei domenii distincte şi anume:

**Axa I. Diagnosticul clinic**

1.- tulburăririle mentale
2.- tulburări somatice
3.- tulburări ale personalității

**Axa II. Disabilități.** O evaluare în 6 nivele pentru:

1.- îngrijiri personale
2.- ocupație
3.- exercitarea rolurilor în familie şi gospodărie
4.- funcționarea în contextul social proxim

Scanned with OKEN Scanner

**Axa III. Factori contextuali**. La acest nivel sunt selecționate 11 situații din codurile Z, care pot informa asupra factorilor de vulnerabilitate prezenți de-a lungul biografiei şi înaintea episodului.

Un astfel de diagnostic, pe cele trei axe menționate, asigură o înțelegere mult mai amplă a existenței persoanei bolnave decât simpla etichetă diagnostică, deoarece ne asigură o imagine asupra vulnerabilizărilor din ontogenie şi a competențelor în roluri sociale, înainte sau după episoade psihiatrice. Diagnosticul pe axe se poate aplica în ambulator sau spital, la cazuri cu evoluție scurtă sau lungă, inclusiv la cazuri ce necesită expertiza capacității de muncă, expertiza psihiatrică, instituirea curatelei, a tutelei etc. Totuşi, deşi extrem de complexă, acestei formule de diagnostic îi lipseşte o dimensiune importantă, utilă mai ales pentru cazurile care stau o perioadă mai îndelungată în spital, fie prin natura bolii, fie deoarece se află în regimul decretului 313 sau C.P. 114. E vorba despre evaluarea rețelei sociale şi în general a suportului social.

OMS- ul, în una din sintezele sale globale, a sesizat importanța acestei dimensiuni. În volumul "*Targets for health for all*" (pentru Europa până în anul 2000) apărut în 1985, în capitolul 4, este comentat "*Stilul de viață sanogenetic*", iar în paragraful 14, "*Sistemul de suport social*". Opinia experților OMS este că, cu cât acest sistem este mai deficitar, cu atât subiectul este mai vulnerabil la mai multe boli (nu neapărat psihice), iar evoluția acestora e mai gravă.

Problema rolului pe care îl joacă "*rețeaua socială*" în general şi "*rețeaua de suport social*" în special, în apariția şi evoluția tulburărilor psihice, a preocupat comunitatea specialiştilor în ultimele două decenii. Au apărut instrumente de investigare tot mai rafinate, corelate cu doctrine teoretice şi tehnici de interogație a pacientului tot mai precise şi mai serios validate, privitor la acestă "*rețea de suport social*" care, atât din punct de vedere subiectiv cât şi obiectiv, **măsoară** amploarea şi calitatea interrelațiilor eficiente a unei persoane date, într-un moment determinant al ciclurilor vieții sale. Instrumentele internaționale cele mai uzitate - toate traduse în limba română şi utilizate de către Centrul Psihiatric Timişoara - sunt cele ale lui Sarrason, Henderson şi Veil. O ipoteză care a fost validată prin cercetările ultimelor două decenii este aceea că, cu cât rețeaua de suport social (r.s.s.) este mai redusă - sau se reduce progresiv mai mult din cauza bolii - cu atât evoluția este mai nefavorabilă. Centrul Psihiatric din Timişoara a realizat în ultimul deceniu cercetări convingătoare şi bine acoperite ştiințific în acest domeniu, în ceea ce priveşte schizofrenia şi alcoolismul.

Rețeua socială - şi r.s.s. în mod restrâns şi special - reprezintă însă unul din aspectele "*suportului social*", arie pe care o propunem ca a



Scanned with OKEN Scanner

patra dimensiune, pentru diagnosticul pe axe propus de WHO şi WPA în ceea ce priveşte bolile mintale. Alte aspecte ale acestei *"axe"* a *"suportului social"* ar putea fi:

– Identificarea suportului material al unui bolnav psihic internat prelungit. Acesta se referă în mod firesc la evaluarea următoarelor aspecte:

- Bunuri imobiliare pe care le deține de drept cum ar fi: case, pământ, diverse alte proprietăți, bijuterii, tablouri de valoare etc.
- Bunuri financiare pe care le deține de drept, cum ar fi: pensie, moştenire în bani, acțiuni la diverse întreprinderi etc.

– Calitatea de prestigiu social pe care persoana în cauză eventual le deține: titluri academice, decorații etc.

"*Proprietățile*" enumerate mai sus - mai ales primele două aspecte - constituie deseori obiectul unor demersuri de tipul instituirii curatelei sau tutelei. Desigur, tutela, în sensul său maxim de "***interdicție***", înseamnă o situație deosebit de gravă, practic instaurând o "*moarte civilă*" a persoanei. Şi totuşi ea este deseori necesară pentru cazuri cum ar fi demența progresivă gravă, oligofrenia profundă şi chiar psihoza schizofrenă ce apare ca evident defectivă după mulți ani de evoluție.

Situația menționată mai sus ridică o serie de probleme serioase şi grave, cum ar fi :

- cine şi când inițiază instituirea temporară (pentru mai multe luni sau ani) a curatelei - în perspectiva administrării bunurilor - fără un proces de punere sub interdicție (de instituire a tutelei)?

- în ce măsură (când şi de către cine) ar urma să se insituie procesul de curatelă sau tutelă pentru persoanele aflate în regimul Decretului 313 sau C.P. 114?

- cine şi în raport cu ce criterii alege, în caz de nevoie, tutorii şi care este regimul de control a activității acestora, inclusiv a stării lor de sănătate mentală şi discernământ?

Ultima observație a fost menționată datorită faptului că, în ultimii 20 ani, în Timişoara, investigații secvențiale privitoare la **tutorii oficiali** ai bolnavilor psihici ne-au indicat faptul că mare parte din aceştia nu doar că nu-şi îndeplinesc obligațiile legale (fapt ce e de competența justiției şi a asistenței sociale) ci se află într-o stare mentală care ar necesita la rândul ei instituirea unei **tutele asupra tutorilor**. De aceea, pledăm pentru o reglementare legală a expertizării şi evaluării periodice (de exemplu, o dată pe an) a situației psihologice, sociale şi materiale a tutorilor bolnavilor psihici (şi de ce nu, a tutorilor în general) pentru a exista garanția socială că cei care tutelează pe alții sunt în stare să o



Scanned with OKEN Scanner

facă. Desigur, concomitent, ar trebui să existe anual o sinteză socio-juridică documentată şi convingătoare, privitoare la faptul că respectivul tutore s-a comportat corect şi uman în raport cu tutelatul său, în ceea ce priveşte administrarea bunurilor sale şi utiilizarea lor nu doar pentru ameliorarea calităţii pacientului tutelat ci şi în direcţia creşterii capacităţii acestuia de a se reîntoarce cât mai independent posibil în mijlocul vieţii sociale, chiar cu utilizarea propriilor surse de venituri (de exemplu, în direcţia vieţuirii în hosteluri etc.).

Textul de faţă a fost redactat deci în ideea completării actualului sistem de diagnostic ICD-10 pe axe, considerând faptul că diagnosticul trebuie să aibe consecinţe practice nemijlocite. Deci, pe lângă diagnosticul de boală (Axa I), cel privitor la disabilităţi (dificultăţi în efectuarea rolului social = Axa II) şi cel al factorilor de vulnerabilizare, adică codurile Z (cuprinse în Axa III), propunem încă o "*axă*", al cărei loc firesc s-ar afla imediat după Axa II şi care s-ar referi la:

**Axa II/III = diagnosticul privitor la suportul social:**

1. Posesia (actuală) a unor bunuri
   - imobliare (cu precizări specifice asupra drepturilor şi şanselor locative)
   - financiare şi mobiliare (incluzând neapărat situaţia profesională, şi eventual şansele de funcţionare ce decurg din capacităţile avute şi persistente)
2. Reţeaua socială, identificată prin cercetarea făcută de asistenţii sociali dar şi prin alte mijloace. E util să se evalueze *"reţeaua de suport social"* aşa cum apare ea subiectiv pentru pacient (internat sau în tratament ambulator) pe baza unor chestionare standardizate (Sarrason, Henderson, Veil), dar şi

– identificarea cât mai obiectivă a realităţii existenţei unei reţele sociale şi a unei reţele de suport social, prin cercetări de teren efectuate de asistenţi sociali şi/sau prin înregistrarea vizitelor de care beneficiază un pacient internat, şi aceasta atât în perspectivă cantitativă (câte şi ce persoane, cât de frecvent etc.), cât şi calitativă (calitatea întâlnirii, a legăturii sufleteşti, a angajării în destinul existenţei pacientului, a intenţiei de a se angaja în externare, de a suporta efortul psihologic şi financiar necesar preluării cazului în ambulator.

În perspectiva *"dezinstituţionalizării"* şi a *"prevenirii instituţionalizării"* acest diagnostic menţionat mai sus ni se pare necesar. Înainte chiar de a fi acceptat de forurile internaţionale (WHO, WFA) el ar putea fi funcţional în unele centre şi ţări, de exemplu în unele părţi ale României. Acţiunea diagnostic-terapeutică a medicinei psihiatrice nu are decât de câştigat dacă introduce ca un element de principiu – adică deontologic, obligatoriu – completarea şi a acestei rubrici diagnostice. Şi,



Scanned with OKEN Scanner

în acelaşi timp, - şi în mod corelativ - angajarea echipei terapeutice în acţiuni practice care se impun pentru a stimula, structura sau organiza suportul social al bolnavului psihic cu evoluţie îndelungată.

Chiar dacă aceste aspecte nu sunt încă consfiinţite prin lege - aşa cum e de exemplu tutela - formularea **obligatorie** a unui diagnostic privitor la suportul social poate fi suportul unei atitudini de stimulare continuă a echipei terapeutice în direcţia activării şi amplificării acestuia. Credem că, odată această faţetă a diagnosticului ajunge să fie bine clarificată şi redactată expozitiv, psihiatrul şi echipa sa **nu mai pot fi indiferenţi** faţă de perspectivele existenţial-sociale ale pacienţilor săi. Astfel, un caz internat prelungit în conformitate cu prevederite decretului 313 sau C.P.114, va avea o imagine de perspectivă. Echipa terapeutică va şti de ce resurse (imobiliare şi financiare) dispune, cine le administrează, dacă le administrează bine, ce reţea de suport social are, cât de des e vizitat, cum se comportă faţă de el relaţional (fie că are sau nu responsabilităţi juridice de tipul curatelei sau tutelei) dacă are şanse materiale şi psihologice să fie externat, parţial sau definitiv. Această evaluare e importantă pentru selecţionarea cazurilor care pot face obiectul unor antrenamente (psiho-socio-terapeutice, de cercetare a abilităţilor sociale), al rudelor sau dacă nu, în direcţia "*hostelurilor*"

Propunem deci, o a patra dimensiune a diagnosticului pe axe - în raport cu cele 3 propuse de OMS - care să orienteze şi să angajeze psihiatrul şi echipa terapeutică în direcţia stimulării sau structurării parteneriatului social firesc a pacienţilor ce sunt propulsaţi (prin diverse argumentaţii) pentru internări prelungite în spitalele de psihiatrie sau instituţii echivalente.

## PROBLEME LOGICO-SEMANTICE ALE LIMBAJULUI EXPERTIZEI PSIHIATRICO-PENALE

Dr. F. GÂLDĂU, Dr. AURORA JEBEREANU,
Acad. Prof. Dr. M. LĂZĂRESCU, Prof. Dr. M. DRESSLER,
Psih. MARIA CORIN, Dr. V. CIOBANU, Jurist LILIANA TODOR,
Psih. M. NEACŞU
Laboratorul de Medicină Legală "Mina Minovici" Timişoara
Clinica de Psihiatrie "Eduard Pamfil" Timişoara

Am vrea să introducem următoarea distincţie de interes în primul rând practic: există o legislaţie privind expertiza, o metodologie a acesteia şi, pentru noi, o logică a expertizei asupra căreia stăruim. Procedura expertizei psihiatrico-legale are ca sediu al materiei în penal



Scanned with OKEN Scanner

art. 116 şi urm. C.p.p., iar în civil art. 201 şi urm. C.p.p. şi - pentru ambele situaţii - H.C.M. 1085 de aplicare a Decr. 466/1966 privind activitatea serviciilor medico-legale. Foarte importante sunt art. 117 C.p.p. despre expertiza psihiatrică obligatorie în unele situaţii penale, art. 38 - 48 din H.C.M. 1085. Metodologia expertizei psihiatrico-legale penale a fost cuprinsă în normele tehnice din Circulara VI-C2/254/1984 a M.S. şi, de asemenea, în Scrisoarea metodologică lansată la Conferinţa Naţională de Psihiatrie şi Medicină Legală de la Predeal din 1987.

Şi acum despre logica expertizei, gândită de noi. Aceasta este evident interdisciplinară în sensul că experţii trebuie să cunoască modul de a gândi al juriştilor şi până la un punct chiar să facă un număr de paşi din raţionamentul acestora. Practic ar fi vorba de trei raţionamente, şi anume: cel de responsabilitate, cel de periculozitate şi cel de curabilitate. Vom spune câteva cuvinte despre fiecare, nu privind un caz anume, ci problemele teoretice ridicate mai ales de limbajul interdisciplinarităţii Drept - Psihiatrie - Medicină Legală.

**A. RAŢIONAMENTUL DE RESPONSABILITATE** (privind fapta comisă) implică analiza următoarelor cuvinte cheie:

**a) "*iresponsabilitatea*"** din titlul art. 48 C.p.

Se ştie ce confuzie domneşte, până şi în tratate, privind chiar denotaţia unor cuvinte ca: responsabilitate, culpabilitate, imputabilitate. Dăm ca exemplu sinonimia pe care o face *Traian Pop* comentând art. 128 şi 139 din *Codul Penal Carol II* din 1936 între responsabilitate (pe care nu o defineşte) şi imputabilitate (pe care o defineşte prin sintagma din *Codul italian Rocco* din 1930 "*capacitatea de a înţelege şi a voi*"). Un alt exemplu este cel al lui *Dongoroz* (din *Tratatul Tanoviceanu*, 1926) care defineşte imputabilitatea prin două aspecte: "*imputatio facti*" - numita cauzalitate - şi "*imputatio juris*" - numita culpabilitate; pe de altă parte, susţine ca responsabilitatea este un concept inutil (existând cel de imputabilitate) şi o menţine doar pe ideea lui *Poletti* şi *Von Liszt* că n-ar însemna altceva decât normalitatea psihică a agentului. Adevărul este că, fără să vrea, autorii privilegiază sau nedreptăţesc unii termeni din diverse sisteme de drept: imputabilitatea ce domină în sistemul italian, culpabilitatea - în cel englez, iar responsabilitatea - în cel francez. Credem că soluţia logico-semantică ar fi următoarea: responsabilitatea implică culpabilitatea, iar aceasta imputabilitatea (şi nu invers). Ne bazăm şi pe rafinamentul unui psihiatru ca *Vallon*, care reducea imputabilitatea la calitatea de a fi imputabil şi, deci, la imputaţie şi râdea privind sinonimia responsabilitate - imputabilitate, relatând că era întrebat în Ordonanţele de expertiză: "*credeţi că X este responsabil de fapta ce-i este imputabilă?*". Întorcându-ne la responsabilitate, este evident că ea



Scanned with OKEN Scanner

trebuie să semnifice aspecte mai sintetice decât celelalte, de aceea vom prefera chiar definiția psiho-juridică a lui *Dongoroz*, şi anume că e capacitatea psiho-fiziologică de a înțelege natura, sensul şi valoarea acțiunii şi a se autodetermina pe această bază în acțiunea concretă. Aici se observă, de altfel, şi relația responsabilității cu discernământul, pe care l-am definit încă din 1975 ca autodecodare axiologică a acțiunii în totalitatea ei. o ultimă precizare: alienația mintală, spunea *Dongoroz*, este cauza de iresponsabilitate, contrazicându-l chiar în textul din 1926 pe *Tanoviceanu*, care o socotea cauza de nonculpabilitate; dar şi el se contrazice în comentariul Codului din 1968, când nu poate justifica înlăturarea caracterului penal al faptei, în acest caz, decât tot prin lipsa elementului vinovăției din structura infracțiunii.

Trebuie spus că şi în modernitatea vest-europeană domneşte confuzia între cei trei termeni: responsabilitate - culpabilitate - imputabilitate, responsabilitatea penală are definiții diverse, dar există voci potrivnice păstrării ei, pentru ca alții să ia apărarea întrucât nu s-ar obține ceva mai bun eliminând-o; alții susțin că responsabilitatea şi culpabilitatea nu se confundă în definiția juridică, dar, privind substratul lor psihologic, diferența este o "*subtîlitate*". La colocviul privind responsabilitatea penală şi tratamentul psihiatric al delincvenților bolnavi mintal, organizat de Comitetul European pentru probleme criminale de la Strassbourg din 1986, legistul elvețian *Bernheim* pledează pentru păstrarea termenului în centrul colaborării între jurişti şi psihiatri, deşi e un fals "*amic*" şi duce la decepții. juristul german *Schreiber* remarcă aceste controverse de decenii, dar defineşte responsabilitatea drept "*capacitatea de a comite conştient un delict*", iar culpabilitatea ca "*imputarea subiectivă a unui comportament deviant*", observând că "*imputarea nu presupune libertatea de alegere morală, ci posibilitatea de a se conforma normelor sociale*", calitate pe care o au prezumptiv toți adulții, care se bucură, deci, de responsabilitate penală, şi numai puțini bolnavi pot invoca iresponsabilitatea, care e definită în *Codul penal italian* prin "*incapacitatea de a înțelege şi a voi*"; prin urmare, iarăşi confuzie cu imputabilitatea, ca şi la cei mai vechi. Interesantă este filozofia, care a stat şi stă la baza acestor dezbateri, după care, responsabilitatea penală, deductibilă din cea morală, nu mai are sens şi nu poate fi apreciată ştiințific, aşa încât, singurul mod de a o menține este, per a contrario, față de iresponsabilitate, care are o singură logică, inductivă prin alienația mintală şi simptomele ei, şi se poate aprecia prin "*metoda psihopatologico-normativă, adică* - spune *Schreiber* - *stabilind* "*elementul psihopatologic*" care poate fi orice tulburare mintală sau doar câteva, şi "*elementul normativ*", care este capacitatea de discernământ sau de autocontrol, pe care tulburarea mintală le poate afecta. În



Scanned with OKEN Scanner

această situație, țări ca Belgia şi Suedia au preferat de mai multă vreme să renunțe la noțiunea de responsabilitate şi să descrie psihopatologic cazul concret, punând direct şi fără nici un alt criteriu secundar problema dacă inculpatul trebuie să fie pedepsit sau tratat psihiatric.

**b) "*alienație mintală*"**

Art. 48 C.p. nu operează şi cu adaosul "*sau debilitate mintală*", cum fac alte texte juridice românești (art. 9 şi 142 C.fam.), desigur dintr-o omisiune, (astfel încât trebuie incluse aici şi diversele grade de oligofrenie). Prin alienație mintală, spuneam încă din 1972, trebuie înțeleasă nu doar psihoza, cum cred cei mai mulți psihiatri, ci şi demență - cuvinte cu care, însă, se operează tot mai greu după apariția manualelor de diagnostic *D.S.M. III R* din 1987 şi *I.C.D. 10* din 1989 devenit la noi obligatoriu prin ordinul M.S. 685/1993. Amintim că aceleaşi probleme le ridică pe alte meleaguri termenii - deveniți juridici - de "*demență*" din art. 64 al *Codului penal Napoleon* de la 1810 valabil şi azi în Franța (şi care din 1838 are drept sinonim legal pe cel de "*alienație mintală*" ca şi cel de "*insanity*" din instituția engleză "*defence of insanity*". Ştim că mulți colegi doresc o nouă formulare a art. 48 C.p. cu abandonarea "*alienației mintale*" şi credem că ar fi posibil să se pună în loc sintagma "*boala mintală*" (bineînțeles, cu păstrarea restricțiilor din a doua parte a articolului), aceasta şi pentru unificarea terminologică cu noțiunea de "*bolnav mintal*" din art. 114 C.p. Tot aşa de bine s-ar putea spune şi "*tulburare mintală*", pentru a fi în consens cu expresia "tulburări mintale şi comportamentale" ce figurează în I.C.D. 10, care este text oficial în lume. Orice formulare, însă, trebuie să țină cont nu numai de bolile "*caracterizate*" (cum spuneau pe vremuri francezii), ci şi de unele reacții şi stări patologice de scurtă durată, care intră în ceea ce numeam in 1986 "*patologie psihiatrico-legală*" (imitând pe *Scripcaru* şi *Terbancea*, cu a lor "*patologie medico-legală*" şi pe *Pirozynski* şi *Scripcaru* cu cea de "*patologie delicto-judiciară*", dar mai ales pe *Mina Minovici* care, în Tratatul din 1930 avea un capitol intitulat "*Patologia incapacității civile şi a iresponsabilității penale*")... cu condiția ca şi aceste entități nozolegale să fie criterializate.

Se ştie că în țările scandinave, prin "*alienație*" se înțelege psihoza, dar toate adaugă sintagme privind conferirea de iresponsabilitate (axiomatică în psihoze) şi altor stări psihice numite echivalente sau comparabile, analogia facându-se pe ideea de gravitate a tulburării; înțeles larg are noțiunea juridico-diagnostică în Franța, Italia şi Olanda, după 1928 în art. 37 al Codului penal olandez înțelegând chiar stări patologice ce nu sunt recunoscute ca atare de psihiatrie - evident că aici criteriul secundar normativ operează mult mai restrictiv. Este interesant că în 1986, la Strassbourg psihiatrul norvegian *Dalgard* credea că

Scanned with OKEN Scanner

*D.S.M. III* şi *I.C.D. 9* vor aduce câştig de cauză formulei scandinave, standardizând şi stabilizând termenul de psihoză, care, pe lângă simptome ar semnifica şi "*pierderea contactului cu realitatea, absenţa discernământului şi comportamente deviante*", dar în loc de aceasta, ulterior termenul "*psihoză*" a devenit din substantiv, adjectiv, şi e pe cale să fie abandonat din noile ediţii ale manualelor respective, iar noţiunea de discernământ nu apare din nici un denotat.

**c) "*a-şi da seama de acţiunile sau inacţiunile sale*" sau "*a fi stăpân pe ele*"**

În monografia "*Conceptul discernământului şi reflectarea lui în doctrina şi legislaţia franceză şi romană*", lansată în şedinţa din 20 aprilie 1987 a *Cercului de Psihiatrie Judiciară din Timişoara*, juristul bănăţean *I.Tenchea* analiza semantica verbului "*a discerne*" şi a substantivului "*discernământ*" în dicţionarele mai vechi sau mai noi din cele două limbi (cu incursiune şi în literatura beletristică şi ştiinţifică) şi observa sensul general de distincţie între obiecte, proprietăţi, nuanţe, persoane, acţiuni, valori - sens surprins fie de judecată, fie de bunul-simţ, fie de spirit, fie de organe senzoriale, fie de o funcţie specială nenumită; el găsea că, în drept, discernământul e definit de unele dicţionare ca o "*calitate cerută persoanei pentru a putea încheia un act juridic şi care constă în posibilitatea de a-şi da seama de consecinţele actelor sale*". Această definiţie circulantă a discernământului este superpozabilă conceptului de "*a-şi da seama de acţiunile şi inacţiunile sale*" din textul art. 48 C.p., ceea ce poate fi şi explicaţia lingvistică a impunerii în recuzita expertizei psihiatrico-legale a noţiunii "*capacitate de discernământ*" (care, din punct de vedere istoric a fost introdusă la *Consfătuirea de Psihiatrie Legală de la Bucureşti din 1962*). Motivaţia introducerii atunci la noi a noţiunii de discernământ, în locul celei de responsabilitate, cu care operau experţii noştri, a fost însă, mai degrabă, nemulţumirea juriştilor de a nu decide ei pe această temă, iar disimularea acestei motivaţii a fost o veche formulă din doctrina dreptului, ce se găseşte şi la *Dongoroz* (în *Tratatul Tarnoviceanu*), după care discernământul este "*criteriul responsabilităţii*". Este adevărat că acolo este vorba doar despre discernământul şi responsabilitatea minorilor şi este chiar uimitor că nu se face analogia minor - major iresponsabil pe tema discernământului, deşi aceasta explodase în doctrină, odată cu apariţia "*Tratatului teoretic şi practic de drept penal francez*" a lui *Garraud*, ediţia a II-a din 1898, publicat la Paris..., iar la noi, un autor mai puţin faimos, *M.Dumitrescu*, într-un manual de drept publicat la Bucureşti în 1926, ducea analogia respectivă până la capăt, într-un capitol intitulat "*Cauze care suprimă sau modifică discernământul*", respectiv minoritatea, nebunia, beţia ş.a. Sigur însă că impunerea noţiunii de discernământ în medicina legală



Scanned with OKEN Scanner

românească este meritul lui *Mina Minovici*, prin *Tratatul complet de medicină legală* din 1930, unde şi această noţiune se operează nonşalant, atât privind minorii, cât şi majorii iresponsabili penal şi incapabili civili. Şi tot la *Mina Minovici* se găseşte explicaţia introducerii unui singur concept: discernământul, atât pentru latura intelectivă (numită în Codul penal din 1968 "*a-şi da seama de acţiunile sau inacţiunile sale*"), cât şi pentru cea volitivă (numită în Cod "*a fi stăpân pe ele*"), deoarece după *Mina Minovici* discernământul are trei elemente:

a) inteligenţa;

b) "*baza morală (distinţia între bine şi rău)*";

c) "*autodeterminarea (puterea de a-şi înfrâna şi dirija voinţa)*", autorul socotind chiar că ultimul este elementul "*cel mai important*" al discernământului. În comentariul teoretic al art. 48 C.p., *Dongoroz* leagă "*a-şi da seama de acţiunile şi inacţiunile sale*" de latura intelectivă, iar conceptul "*a fi stăpân pe ele*" de latura volitivă "*a capacităţii psihice*", dar nu foloseşte expresia "*discernământ*" decât ca o sublatură intelectivă (cealaltă fiind "*conştiinţa*" - o remanenţă din textul art. 128 al Codului penal din 1936 unde exonerarea faptei alienatului era legată de un singur aspect: "*inconştienţa*"). În nici un caz explicaţia teoretică a lui *Dongoroz* nu permite absorbirea volitivului de către sublatura intelectivă, numită discernământ, aşa încât hipersemantizarea prin discernământ atât a intelectivului cât şi a volitivului vine dinspre *Mina Minovici* şi trebuie spus că ieşenii *Scripcaru*, *Brânzei* şi *Pirozynski*, în 1970, au extins-o şi spre afectiv, argumentând cu caracterul unitar al psihismului. Este interesant că, dacă *Mina Minovici* poate fi considerat autorul moral al termenului - cheie din expertizele psihiatrico-legale de după 1962, *Dongoroz* are un merit similar în încercarea de impunere, cu acelaşi statut, a termenului de capacitate psihică, dar postum şi necitat în scrisoarea metodologică lansată la *Conferinţa Naţională de Psihiatrie şi Medicină Legală de la Predeal din 1987* (în comentariul sau din 1969 a art. 48 C.p. a introdus această noţiune cu semnificaţie de unitate şi normalitate psihică, care este o premiză a "*capacităţii penale*" - amuzant este că expresia "*capacitate penală*" a apărut la începutul secolului graţie unui neuro-psihiatru francez, *Laignel-Lavastine*, prin analogie cu capacitatea de muncă, fapt ironizat de psihiatrul *Vallon*, dar luat în serios de juristul *Levasseur* prin anii 50). *Dongoroz* foloseşte noţiunea de "*capacitate psihică*" ca suport al capacităţii penale şi al responsabilităţii penale, iar inversul ei - pentru incapacitate penală (unde intră şi minorii fără discernământ, prin nedezvoltare psihică completă) şi pentru iresponsabilitate penală (unde intră însă numai majorii alienaţi, cărora le este efectată latura intelectivă, cea volitivă sau ambele). În felul acesta nu se mai poate vorbi despre iresponsabilitatea minorilor fără



Scanned with OKEN Scanner

discernământ, cum au făcut mai toți autorii până acum, ci doar despre incapacitatea lor penală, ceea ce ar corespunde, zicem noi, epistemului juridic civil. Autorii *Scrisorii metodologice de la Predeal* privind şi sensul civil, când afirmau că folosirea în expertiză a termenului de capacitate psihică se justifică atât în penal - pentru a da justiției criterii în rezolvarea problemei responsabilității penale, cât şi în civil - în problema capacității de exercițiu. Noi am propus la *Consfătuirea de la Gătaia din 1972*, înlocuirea textului discernământului cu cel al capacității psihice citându-l pe *Dongoroz*, dar aceasta nu s-a întâmplat decât în 1987 la Predeal, întrucât, tot la Gătaia, catedrele bucureştene de Psihiatrie (*Predescu, Vianu, Romila*) şi de Medicină Legală (*Terbancea, Dragomirescu*) au prezentat referatul "*Spre o teorie a discernământului*", publicat ulterior şi folosit de *Romila* în *Tratatul Predescu* din 1976 şi de *Dragomirescu* în cărțile sale, inclusiv singura monografie despre expertiza psihiatrico-legală de la noi - scrisă împreună cu *Hanganu* şi *Prelipceanu* în 1990, precum şi în articolul din *Tratatul Beliş* din 1995. Prin autorii ieşeni şi bucureşteni citați noțiunea de discernământ a rămas suverană în logica şi limbajul expertizei, deşi în unele contraexpertize, se face referire în penultimul rând la capacitatea psihică, iar în ultimul rând se conchide asupra discernământului. Credem că aceasta este o soluție bună în sensul convergenței cu doctrina *Dongoroz* şi, de asemenea, în sensul posibilității de a descrie în termeni medicali simptomele sau absența acestora, respectiv diversele capacități şi coping-uri, despre care vorbeşte azi atât de mult. Aceasta nu înseamnă excluderea discernământului, datorită conotației sale extramedicale, morale, sau lipsei sale de denotație ştiințifică, psihologică sau psihiatrică (el nefigurând criterial în nici un manual modern de diagnostic) ci, dimpotrivă, menținerea lui ca definiție conceptuală de funcție psiho-praxiologică sintetizând aspecte de conştiință şi personalitate (la bucureştenii citați) sau de funcție normopraxiologică (la autorii ieşeni). Contribuția noastră a fost, încă din 1975, sublinierea constantă a naturii sale de funcție psiho-axio-praxiologică şi a structurii sale sistemice. În orice caz, discernământul trebuie să aibă o definiție care să permită şi operaționalizarea clinică a conceptului (ceea ce se şi face în definiția bucureşteană - îndeosebi privind cele patru nivele de conştiință: elementară, operațional-logică, axiologică şi etică) şi să admită, complementar, participarea comprehensiunii expertului, căci pe o asemenea atitudine (de finețe medicală şi umană) s-au bazat *Falret*, în 1876 (când a obținut din partea savanților recunoaşterea în Franța a responsabilității atenuate normativizate administrativ prin *Circulara Chaumie* din 1905), *Redis*, în 1914 (când a impus cele trei grade ale acestei atenuări) şi *Pamfil*, în 1957 (care a introdus la noi gradualizarea



Scanned with OKEN Scanner

comprehensivă a discernământului, cu cinci grade: integru, uşor diminuat, mediu diminuat, mult diminuat, abolit).

În orice caz este limpede că judecata asupra discernământului este dublă, atât de predicaţie (în care se constată gradul integrităţii funcţiilor psihice plecând de la axioma că normalitatea permite buna desfăşurare a judecăţilor de valoare ale omului, iar anormalitatea şi boala mintală o alterează în diverse grade), cât şi de valoare (în sensul că surprindem cu propriul nostru discernământ, prin contrast, "*discernopatia*" expertizatului - teza pe care am afirmat-o franc la Predeal în 1987 susţinând că şi de discernământul experţilor depinde rezultatul expertizei). În lume, capacitatea de discernământ şi cea de autocontrol funcţionează ca element normativ corelat celui diagnostic, care îl poate influenţa până la iresponsabilitate, dar după fiecare criteriu cantitativ, fie după unul calitativ, afectarea acestor capacităţi poate duce doar la aprecierea unei responsabilităţi penale diminuate care, în unele ţări, este legiferată (de exemplu, art. 21 din Codul penal german din 1975 ş.a.), în altele nu, dar este practicabilă în expertiză şi jurisprudenţă, socotându-se că răspunderea diminuată aduce mai multă "*suplețe*" în aceste judecăţi şi contribuie la mai buna individualizare a pedepsei. Pe de altă parte, starea psihopatologică (respectiv boala) poate fi corelată comportamentului criminal (fapta) după patru tipuri de criterii: fie criterii pur psihiatrice, unde afirmarea diagnosticului şi gravităţii antrenează iresponsabilitatea (exemplu Norvegia), fie criterii zise cauzale (cum este regula produsului din testul *Durham* din 1954 în Washington D.C., care instituie însă o relaţie pur probabilistică), fie criterii psihologico-filozofice, care apar în majoritatea ţărilor vest - europene şi dintre care se detaşează testul discernământului sau cel al autocontrolului luate separat sau împreună (cum este şi cazul art. 48 C.p. românesc), fie combinate (criteriul primar - diagnostic, criteriul secundar - psihologico-filozofic) (după *Dalgard* 1986).

În final, folosindu-ne de o notaţie convenţională uşor de sesizat şi de functorii logici ai implicaţiei şi negaţiei vom scrie că: dacă la normal avem

Pp - Rp - Cp - Ip - Fp,

la alienatul fără discernământ avem:

-Pp - Rp - Cp - Ip - F - p - Am (-disc)Fp

(expresia din paranteză o numim din 1982 termen mediu între boală şi faptă sau, în glumă, mediator neuro-crimic, dar, în serios, pe această poziţie stau multe alte expresii lingvistice în diversele coduri penale din lume, numite de *Dalgard* "*criterii secundare*"; numai la noi, art. 57 din *Codul Cuza* din 1865 vorbea despre "*lipsa uzului raţiunii*", *Codul Carol II* din 1936 - despre "*inconştienţă*", iar *Codul din 1968* foloseşte conceptele



Scanned with OKEN Scanner

analizate mai sus şi echivalente cu lipsa capacității de înțelegere sau de voința din *Codul italian* din 1930 etc... toate putându-se numi "*clase de echivalențe*", ceea ce are sens juridic extraordinar, dacă ne gândim că un alienat dintr-o țară poate fi expertizat pentru o faptă penală pe un termen mediu funcționând în norma similară dintr-o altă țară).

**B. RAȚIONAMENTUL DE PERICULOZITATE** (privind alte fapte penale probabile în viitor). Aici vom analiza următoarele cuvinte-cheie din textul art. 113 şi 114 C.p.

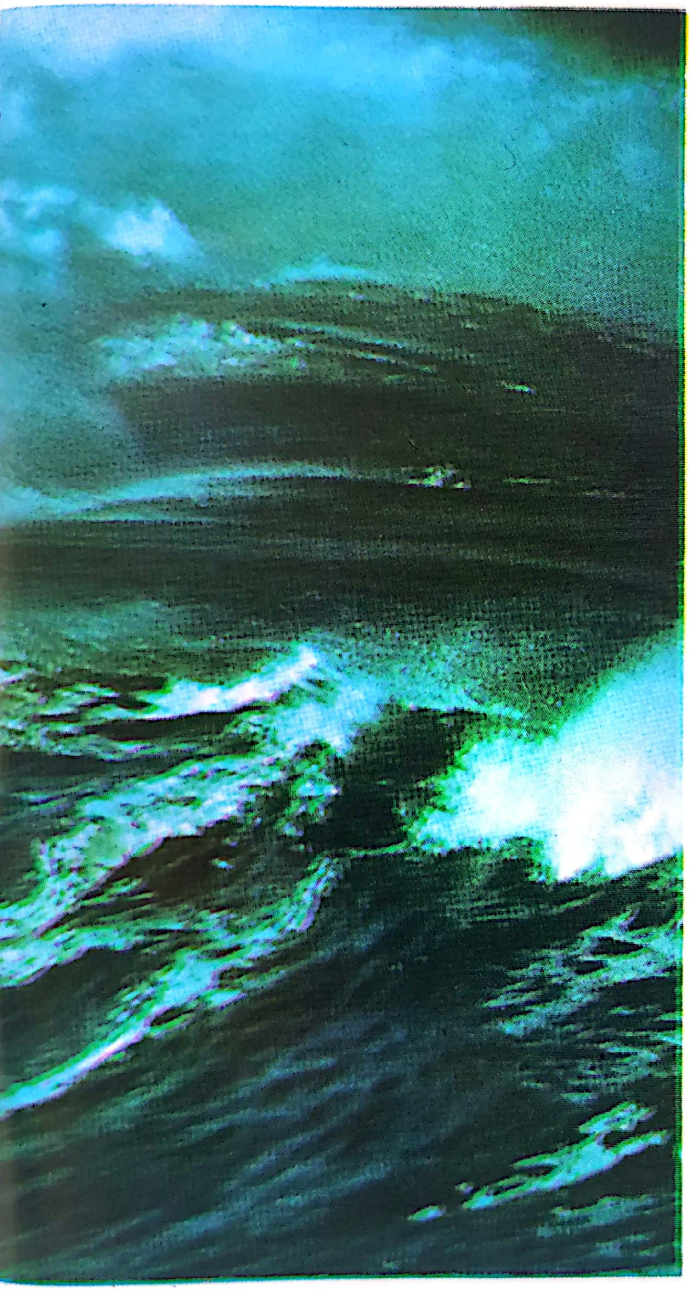
**a) "*stare de pericol pentru societate*"**

Noi plecăm de la prezumpția (formulată în 1972) de nepericulozitate a bolnavului mintal, cu precizarea (făcută în 1976) că, despre o stare de pericol se poate vorbi se poate vorbi doar inductiv, aposteoric, şi nu aprioric, deductiv din conceptul de boală, respectiv din diagnostic. Sunt de felicitat autorii *Codul penal român din 1968* care în nici un text nu vorbesc despre periculozitate (ca o însuşire stigmat a persoanei), ci doar de stare de pericol de diverse grade, spre deosebire de cei ce au întocmit *Decretul 12/1965* şi *Decretul 313/1980*, care zic "*bolnavi psihici periculoşi*" - permițând conotația de mai sus - sau *Normele tehnice ale M.S.* pentru aplicarea *Decretului 246/1958* - privind gratuitatea asistenței medicale - care enumerau "*bolile psihice periculoase*" cuprinzând practic întreaga nozografie. Există, desigur, comportamente periculoase mai frecvente în unele boli decât în altele (de exemplu *Bobon* le vede mai mult în paranoia decât în schizofrenia paranoidă), dar periculozitatea de tip permanent sau intermitent a alienaților a fost mult dramatizată printr-un sofism care făcea din aspectul monstruos în unele cazuri - rare - un aspect cantitativ, sofism la care au contribuit doctrina lombroziană, filmul de groază, mass-media de senzație şi mentalitatea publică foarte uşor de indus negativ. Neîndoios, suntem şi într-o altă eră, a terapiei medicamentoase eficiente, şi depinde doar de organizarea instituției medicale şi de cooperarea aparținătorilor ca astfel de comportamente să se rărească şi mai mult, rămânând însă surpriza aşa-numitelor "*debuturi medico-legale*" ale unor psihoze. În orice caz, în expertiză ne vom feri să răspundem pur teoretic că diagnosticul cutare implică periculozitate şi, dacă o vom face, va fi doar prin internarea în spital şi observarea acestui aspect de către medicii curanți. Nimic însă nu-i opreşte pe jurişti să facă, în timpul procesului, raționamentul de periculozitate, ținând cont de fapta deja comisă şi de mărturiile din dosar privind comportamentele cu semnificație în acelaşi sens. Credem, de asemenea, că la latitudinea judecătorului să statueze asupra unei măsuri de siguranță sau a alteia în cazul celor declarați iresponsabili sau cu discernământul mult diminuat. Desigur, acest raționament de periculozitate trebuie combinat cu cel de



Scanned with OKEN Scanner

# FLUANXOL CLOPIXOL MODECATE



## ÎNAINTE ȘI DUPĂ TRATAMENT

IMPORTATOR UNIC: S.C. **NOVA MED** S.R.L.
STR. PARIS NR. 5, SECT. 1, BUCUREȘTI
TEL./FAX: 650.49.07/210.96.87

Scanned with OKEN Scanner

curabilitat, (care aparţine exclusiv medicului) şi, dacă primul nu excede, s-ar putea statua în sensul art. 113 C.p., cu condiţia certitudinii ca pacientul şi aparţinătorii sunt cooperanţi în administrarea eficientă a medicaţiei. Existenţa "*suportului social*" activ în acest sens este şi o premiză a comutării dinspre măsura de siguranţă a art. 114 C.p. spre cea a art. 113 C.p. Există, desigur, şi cazuri în care pericolul de post-festum şi cel de recidivă e atât de mic, încât se poate proceda doar la aplicarea art. 11 C.p.p., mai ales că, atât textul lui 113, cât şi textul lui 114 folosesc expresia "*poate*".

*Bernheim* judeca oarecum diferit, spunând că periculozitatea depinde de mai multe variabile (antecedente, situaţie personală, stare materială, mediu) astfel că "*predicţia se poate face doar pe termen scurt*", iar *Dalgard* spune că e de fiabilitate redusă după părerea multor psihiatri şi a *Colocviului Comunităţii Europene de la Sienna din 1975*, astfel încât se recomandă experţilor să nu se pronunţe asupra acestei întrebări puse de jurist, care are la îndemână informaţii pentru acest raţionament în probatoriu şi în primul rând în cazier, dacă se pune problema recidivei (acelaşi sfat îl dă şi A.P.A. experţilor americani).

**b) "*boală*" şi "*bolnav mintal*"**

A se observa că în art. 113 şi 114 nu se foloseşte expresia "*alienaţie mintală*" care duce mai frecvent la iresponsabilitate, ci doar "*boală mintală*", ceea ce însemnează şi posibilitatea unui discernământ diminuat, de unde rezultă că tratamentul ambulator este compatibil cu pedeapsa, care se va aplica în asemenea cazuri - prin ambulator înţelegându-se tot ceea ce nu este spitalicesc, deci inclusiv spaţiul penitenciar. Ar fi mai mult decât recomandabil ca acolo să existe un serviciu medico-psihologic bine organizat şi, dacă experţii recomandă, să li se aplice deţinuţilor respectivi tratamentul pe durata prescrisă, ceea ce ar fi util şi pentru viitorul acestor oameni. Mai facem observaţia că noţiunea "*toxicomani*" din textul celor două articole e resorbită de cea de "*tulburare mentală*", existând în *I.C.D. 10* întreaga sistematică a toxicomaniilor; la aceşti bolnavi se pune problema tratamentului de dezintoxicare, inclusiv în arest sau în penitenciar, dacă situaţia nu impune chiar internarea la un spital specializat.

Formalizând măsurile de siguranţă cu caracter medical implică întregul şir de implicaţii de mai sus:

MSCM - Pp - Rp - Cp - Ip - F - p - Am (-disc)Fp,
dar putem avea şi: (MSCM Pp) - Rpd - Bm (disc.dim.)Fp

**c) "*însănătoşirea*"**

Acest cuvânt are în *Explicaţiile teoretice ale Codului penal român* nu doar sens de vindecare, ci şi de "*ameliorare serioasă şi durabilă în condiţia psihofizică*" a persoanei supusă tratamentului, astfel încât



Scanned with OKEN Scanner

starea de pericol care determinase luarea măsurii de siguranță să nu mai subziste - text care trimite la art. 433 al. 2 C.p.p., ce obligă unitatea sanitară de a anunța judecătoria când "*internarea nu mai este necesară*". Este evident vorba de ameliorare clinică, dar şi socială şi de posibilitatea continuării tratamentului într-un mediu protectiv şi responsabil, adică implică acel suport despre care s-a vorbit. Cerem, de lege ferendă, ca art. 434 C.p.p. să impună şi o anchetă socială privind existența, calitatea şi credibilitatea suportului social.

**C. RAȚIONAMENTUL DE CURABILITATE**

**a) "*internare medicală*" şi "*obligare la tratament medical*".**

Analizăm aici, pe scurt, aceşti termeni ai art. 113 şi 114 C.p., deoarece ambele măsuri impun aplicarea tratamentului de specialitate pe care trebuie să-l preconizeze expertul şi să-l continue curantul, dacă boala necesită aceasta. S-ar putea spune că diferența între regimul spitalicesc şi cel ambulator nu constă doar în privarea de libertate, ci în mai marea densitate de proceduri medicamentoase şi nemedicamentoase în cazul internării. De asemena, trecerea dintr-un regim în altul trebuie văzută din perspectiva curei terapeutice, eficiente sau eşuate. În orice caz, există o mare răspundere vizavi de aceşti bolnavi, care, în funcție de rezultatul terapiei, sunt privați sau nu de libertate.

Raționamentul de curabilitate trebuie să aibă în vedere aspectele pur medicale, dar şi conservarea a cât mai multe drepturi pe perioada efectuării măsurilor de siguranță, întrucât chiar această salvgardare a drepturilor (multe dintre ele deja codificate şi aplicate în lume) constituie, după opinia noastră, nu numai o ipostază a instituției drepturilor omului, ci şi o veritabilă socio-terapie, pe care noi am numit-o "*jus-terapie*", corelând-o cu terapia complexă, cu sens de recuperare şi revalorizare, numită "*sistem axio-terapeutic*".

În nici un caz acest sistem terapeutic nu este compatibil cu organizări şi comportamente de tip pază de analogie penitenciară, ci, doar cu supravegherea atenției şi aplicarea riguroasă a terapiei, care este conduita eminamente medicală.

De aceea considerăm că *Bernheim* se referă doar la tratamentul obligatoriu efectuat în penitenciar sau în unitățile socio-terapeutice (existente în unele țări alternativ cu penitenciarele pentru cei cu responsabilitate diminuată - deşi el le localizează "*fie în cadrul penal, fie în cel medico-social*") - atunci când pune mare preț pe "*ajutorul uman dat de personalul medical sau de gardieni şi colaborarea între aceştia*", iar în altă parte se susține că în acest mod gardienii îşi pot ameliora imaginea socială. Sperăm însă ca la noi să nu se conteze vreodată pe prezența unor gardieni în unitățile psihiatrice.



Scanned with OKEN Scanner

**b) "*internarea nu mai este necesară*"**

Este o sintagmă din art. 433 al. 2 C.p.p. care se referă la situația când unitatea sanitară spitalicească, observând ameliorarea bolii, anunță judecătoria, care poate hotărî trecerea la tratamentul ambulator obligatoriu, ceea ce se întâmplă ades, sau externarea fără nici o asemenea obligație. Sintagma exprimă optimism terapeutic, contrar spuselor lui *Bernheim*, care arată că deseori tratamentul este ineficace pentru viitorul reîntoarcerii în mediul existențial (de notat că în Anglia iresponsabilii după regula *McNaghten* sunt internați pe viață, în alte țări existând însă fie termene maxime, fie termene fixe de internare, fie sub condiția ameliorării - ca la noi). O prevedere analogă există şi pentru tratamentul medical obligatoriu, în art. 430 al. 1 lit. c C.p.p. care prevede că policlinicile pot cere judecătoriei suspendarea tratamentului medical obligatoriu şi înlocuirea cu tratamentul obişnuit.

**Concluzii cu sens de propuneri de lege ferendă**

**1.** Se invederează importanța expertizei psihiatrico-legale în penal în statuarea de către instanță a responsabilității penale în funcție de normalitatea mintală testată pe diverse criterii echivalente.

**2.** În locul expresiei "*alienație mintală*" din art. 48 C.p. poate figura cea de "*tulburare mintală sau comportamentală*" - în consens cu terminologia I.C.D. 10 -, iar în locul expresiei "*a-şi da seama de acțiunile sau inacțiunile sale sau a fi stăpân pe ele*", cea de "*a avea capacitatea psihică de discernământ sau de autocontrol*", acestea trebuie să fie "*abolite*" pentru a conferi iresponsabilitatea față de fapta penală imputată.

**3.** După art. 48 C.p. să se introducă art. 48 C.p. numit "*responsabilitate diminuată*" în care criteriul psihopatologic şi cel normativ să fie acelaşi cu cele propuse mai sus, cu precizarea ca, capacitatea psihică de discernământ sau autocontrol trebuie să fie "*diminuate în grade semnificative din punct de vedere medico-legal*". Aliniatul 2 al acestui nou articol să statueze că "*uşor diminuatul*" va coborî legal pedeapsa până la jumătatea dintre limitele speciale maxime şi minime, "*mediu diminuatul*" - până la limita specială minimă, iar "*mult diminuatul*" până la limita generală minimă... dacă nu există circumstanțe agravante judiciare de o asemenea pondere încât "*diminuarea*" să nu mai opereze deloc în individualizarea pedepsei, aceasta rămânând doar judecătorească.

**4.** Art. 113 sau 114 C.p. să se aplice celor încadrați în art. 48 C.p. dacă în întreg probatoriul rezultă o stare de pericol social mai mică sau mai mare şi, după cum din concluziile expertizei psihiatrico-legale rezultă că e nevoie de tratament spitalicesc sau ambulator, în caz de



Scanned with OKEN Scanner

lipsă a pericolului, judecătorul poate să nu dispună de nici o măsură de siguranță, cazul urmând a efectua tratament psihiatric în regim obișnuit.

Dar la cei cu responsabilitate diminuată conform noului articol 48 , art. 114 C.p. se poate aplica doar la cei cu "*discernământ sau autocontrol mult diminuate*", când din probatoriu rezultă o stare de pericol mai mare, iar expertiza recomandă tratament spitalicesc. La toți ceilalți "*diminuați*", dacă expertiza recomandă tratament, se poate aplica art. 113 C.p., tratamentul executându-se în penitenciar de către serviciul medico-psihologic al acestuia, cu ducerea periodică a cazului la consult în L.S.M. şi la reexaminare de către comisia psihiatrico-legală la interval de trei luni sau ori de câte ori condamnatul cere prin instanță întreruperea tratamentului ca ineficace sau dăunător. Instanța va decide în baza reexpertizării medico-legale periodice sau cerute de condamnat, putând anula aplicarea art. 113 C.p. în penitenciar, executarea pedepsei făcându-se în continuare fără asistența psihologico-psihiatrică.

**Bibliografie**: la autori

## TRINOMUL NEGLIJARE - DELINCVENȚĂ - JUSTIȚIE

General de brigadă L. CÂRJAN
Şeful Inspectoratului de Poliție al Județului Bihor

Într-un stat de drept, un rol important în domeniul apărării drepturilor omului şi aplicării legii îl au polițiștii. Acest lucru poate fi materializat prin asigurarea unor relații continue cu publicul şi prin comportamentul pe care trebuie să-l aibă polițistul în diferite situații.

Acceptarea polițistului de către societate ca prieten şi protector îşi are geneza în două motivații. În primul rând, este datoria părinților şi a altor factori educaționali de a inocula în mintea copiilor că rolul polițistului este acela de sprijin oricărei persoane care se află în dificultate, nu numai ca funcționar public, ci şi ca un ghid, sfătuitor şi prieten. În al doilea rând, polițistul trebuie să se poarte astfel încât să justifice încrederea pe care cetățenii o au în el.

Încă de la apariția primelor coduri penale moderne, legiuitorii au înțeles rolul preventiv ce revine **POLIȚIEI**. Prevenirea criminalității se concepe şi se exercită în mai multe stadii: ea va fi **profilactică**, dacă îi priveşte pe "predelincvenți" şi **curativă** sau terapeutică, dacă se ocupă de delincvenți, în sensul de a evita recidiva. Eficiența activității de prevenire este condiționată de completarea cu o politică a criminalității cuprinzând măsuri legislative, judiciare, polițieneşti, educative şi tehnice.



Scanned with OKEN Scanner

Consider că trinomul *neglijare - delincvență - justiție* are cel mai mare impact social în domeniul delincvenței juvenile, începutul de drum al marii şi organizatei criminalități. În mod normal, până la deplina maturizare fizică, morală, emoțională şi a deprinderilor raționale, locul potrivit pentru minori este în casa părintească, în şcoală, împreună cu colegii şi în locurile speciale pentru recreere. Când iese din acest cadru, ori numai formal se află în el, drumul către delincvență este în multe cazuri deschis.

Delincvența juvenilă şi în general delincvența nu este un diagnostic psihiatric, ci o problemă legală. Totuşi, aşa după cum rezultă din multiple studii de specialitate, delincvența juvenilă poate fi asociată unei tulburări psihiatrice, mai ales tulburări de conduită. Între delincvență şi tulburări de conduită se pune adesea semnul egalității. Noi o considerăm drept greşeală, pentru că deşi cele două categorii se suprapun parțial, ele nu sunt identice. Mulți delincvenți nu au tulburări de conduită sau altă tulburare psihică. De asemenea, mulți dintre cei ce au tulburări de conduită nu încalcă legea. Totuşi, trebuie accentuate explicațiile sociale, delincvența fiind definită în termenii legii şi ai modului în care aceasta este aplicată şi să ținem seama de factorii familiali, factorii sociali şi factorii constituționali.

Astfel, numeroase studii au dovedit "transmiterea" infracționalității în familie, rezultând că 1/2 dintre băieți cu tați infractori suferă diferite condamnări, în comparație cu numai 1/5 dintre cei ai căror tați nu au comis infracțiuni. Considerăm însă că educația inadecvată, neglijarea acestui proces sau practicile greşite de creştere a copilului - satisfacerea exagerată a oricărei dorințe, finanțarea zilnică, încă de la fragedă copilărie cu diverse sume de bani, admiterea frecventării unor anumite localuri publice şi participarea la jocuri de noroc, permisivitatea venirii acasă la ore târzii din noapte, ignorarea apariției în "inventarul" copilului a unor bunuri de valoare, fără a se interesa de izvorul acestora, necunoaşterea anturajelor, multiplelor filme ce fac apologia violenței ş.a., îşi lasă amprenta negativă în educația copilului.

Referindu-mă la **factorii sociali** nu împărtăşesc opinia apărută în diverse lucrări precum că delincvența şi în special cea juvenilă este în relație directă cu clasele sociale joase, unde nivelul educațional este scăzut, iar relațiile familiale inadecvate. Au fost elaborate numeroase teorii sociale care reliefează originea infracționalității, dar nici una dintre ele nu oferă o explicație completă. Factorii sociali îşi au importanța lor în geneza criminalității, dar practica ne-a demonstrat că există delincvenți copii şi adolescenți ce provin şi din clase sociale ridicate, tocmai din cauzele menționate mai sus.



Scanned with OKEN Scanner

În ce priveşte **factorii constituționali** consider, aşa cum au demonstrat-o şi numeroase studii de specialitate, că au o influență redusă în etiologia delincvenței.

În cazul încălcării normelor legale de către minori, legea prevede diverse sancțiuni.

Atunci când se stabileşte tratamentul unui copil sau adolescent delincvent, psihiatrul trebuie să cunoască temeinic prevederile legale din domeniu, respectiv *Legea 3/1970, Legea 61/1991, Convenția privind constituirea Consiliului Național de Coordonare a activității educativ-preventive şi de protecție a copiilor, elevilor şi studenților din instituțiile de învățământ din România*, pentru a putea aprecia care dintre măsurile preconizate a fi luate față de minorii cu comportament deviant ori autori de infracțiuni sunt corespunzătoare şi din punct de vedere al psihiatriei.

Plecând de la faptul că, de la o etapă la alta, pe fondul curbei ascendente a criminalității, ponderea minorilor la comiterea de fapte antisociale se situează între 10 şi 15% - în Bihor ea este 12% - Ministerul de Interne, Inspectoratul General al Poliției, inspectoratul nostru, cu sprijinul Prefecturii şi alte organisme abilitate prin lege, au întreprins o serie de măsuri care au vizat în special intensificarea activităților de prevenire a contravențiilor şi infracțiunilor săvârşite de minori.

În acest context, în anul 1995 şi primul trimestru al anului 1996, au fost organizate şi desfăşurate numeroase activități specifice de educație juridică a minorilor şi părinților, prin prelucrarea unor acte normative în unitățile de învățământ cât şi prezentarea în mass-media a unor fapte penale comise de minori şi a consecințelor lor în plan social. Totodată, a crescut preocuparea pentru depistarea categoriilor de minori cu comportament deviant ori despre care am obținut date că intenționau să comită infracțiuni.

În baza prevederilor Legii 3/1970, au fost identificați şi sesizați comisiilor de ocrotire 325 de minori care nu aveau asigurate în familie condițiile necesare pentru dezvoltare fizică, morală şi intelectuală normale ori erau predispuşi la comiterea de infracțiuni, 26 dintre aceştia fiind internați în centre de reeducare. De asemenea, 225 părinți sau reprezentanți legali ai acestora au fost sancționați conform Legii 61/1991 pentru neglijență în supravegherea propriilor copii sau a celor aflați în îngrijire.

În acelaşi timp, s-a sporit preocuparea unităților noastre pentru identificarea şi destrămarea în fază incipientă a grupurilor de minori cu preocupări infracționale, 26 dintre acestea conduse de infractori majori recidiviști, prevenindu-se implicarea minorilor în acte antisociale.

Din experiența noastră şi a cercetărilor criminologice efectuate în diverse țări[1], rezultă din păcate, că riscul unui nou conflict cu legea pare



Scanned with OKEN Scanner

a fi mai mare la copiii care au trecut printr-un proces penal sau au suferit o perioadă de detenție decât la copiii împotriva cărora au fost luate alte măsuri.

Practica ne-a oferit numeroase exemple când unii minori delicvenți la 15–16 ani, supuşi legii penale şi trecuți prin şcoli de reeducare şi-au păstrat, cu mici intervale, starea de delicvent până în jurul vârstei de 35–45 de ani.

De aici concluzia necesității de **a adapta tipul de tratament la tipul de delicvent,** dar nu există încă posibilitatea de a oferi un ghid practic satisfăcător în acest important domeniu.

Este interesantă din acest punct de vedere clasificarea delicvenței juvenile realizată de W. Wattemberg din S.U.A.[2], care pleacă de la cele 6 structuri de reacție comportamentală înscrise în Manualul statistic şi de diagnostic al tulburărilor mintale, elaborat de Asociația psihiatrilor americani.

Dar această clasificare, cu excepția reacției hiperkinetică, specifică copiilor ce prezintă afecțiuni neurologice minime, vizează modul de relaționare dintre părinți şi copii, explicându-se tendința de a explica conduita delincventă a minorului numai prin intermediul climatului familial şi, mai ales, a conduitei parentale. Asemenea explicări unilaterale a fenomenului nu rezistă însă analizei logice sau faptice. Aşa cum am mai arătat, nu orice familie dezorganizată, chiar dacă majoritatea minorilor delincvenți provin din această categorie, aduce după sine în mod automat conduita delincventă a copiilor.

Dar este evident că şcoala şi familia sunt primii educatori ai copilului căruia îi inoculează sensul moral şi civic.

De asemenea, de o utilitate deosebită este orientarea profesională; răufăcătorii se recrutează în primul rând dintre declasați sau ratați profesional.

În acelaşi timp, practicarea sporturilor trebuie să fie inclusă într-o bună politică de prevenire deoarece stadioanele rețin mai bine adolescenții decât strada şi nu prezintă nici un inconvenient.

Desigur, în această privință răspunderea principală revine familiei, şcolii, autorității tutelare, comisiilor de ocrotire a minorilor, instituțiilor sanitare, administrației locale, etc.

În ce priveşte POLIȚIA, deosebit de important pentru eficiența muncii de prevenire şi neajungerea la cel de al doilea element al trinomului în speță îl constituie depistarea operativă a minorilor şi tinerilor care se află în situații ce-i expun pericolului de a deveni delincvenți.

Practica ne demonstrează că în asemenea situații se află minorii şi tinerii care fug de la domiciliu şi şcoală şi vagabondează, se constituie în grupuri pentru comiterea de infracțiuni, cerşesc sau practică prostituția,



Scanned with OKEN Scanner

fug din instituții speciale de ocrotire, sunt bolnavi psihic sau veneric, nu sunt supavegheați ori au părinți vicioşi, precum şi cei care comit infracțiuni, dar nu răspund penal.

Din păcate, nu de puține ori se apreciază în mod greşit că o dată cu măsura legală luată impotriva minorilor ca şi comportament deviant ori delincvenți, aceştia îşi vor schimba radical conduita, scopul prevenției a fost atins, iar factorii educaționali nu mai au alte obligații.

Astfel, internarea într-un loc de detenție nu presupune sfârşitul misiunii organelor de poliție, psihiatrilor şi psihologilor care, printr-un schimb permanent de informații cu factorii de decizie din penitenciare şi centre de reeducare trebuie să urmărească efectul măsurilor luate împotriva minorilor şi tinerilor, pentru a-i feri de recidivă. Este un fapt notoriu că minorii fugiți din centrele de reeducare sau evadați din penitenciare comit pe mai departe diverse infracțiuni.

Totodată, după expirarea pedepsei trebuie să fie luate măsuri care să asigure reintregrarea lor socială, aspect neglijat complet în ultimii 6 ani de factorii responsabili.

În toate aceste momente ale prevenției generale şi speciale, un rol deosebit revine mass-mediei, menite să formeze şi să implice opinia publică împotriva manifestărilor antisociale ale unor minori şi tineri.

---

1. Tratat de psihiatrie - Oxford - ed. a II- a - Asociația Psihiatrilor Liberi din România. Geneva.Inițiative Publishers - 1994, pag.622.
2. Psihologie judiciară - N.Mitropan, V.Zdrenghea şi T. Butoi - 1992

## CAPACITATE PSIHICĂ - DISCERNĂMÂNT - POTENȚIAL ANTISOCIAL

Prof. Dr. V. BELIŞ, Dr. GABRIELA COSTEA, Dr. M.GANGAL
Institutul de Medicină Legală "Mina Minovici" Bucureşti

Expertiza medico-legală psihiatrică, prin valoarea sa probatorie de a oferi justiției un răspuns clar întrebării: persoana X are sau a avut discernământ la momentul Tx, este obligată să-şi răspundă în primul rând sieşi la un număr extrem de mare de întrebări care să conducă la un răspuns final cât mai depărtat de eroare. Acest răspuns, cu valoare de act concluziv, trebuie, inerent, să reflecte o viziune bine închegată asupra persoanei în raporturile sale variabile cu ea însăşi şi cu micro şi macrosocialul căreia ăi este subordonată, sau pe care şi-l ordonează. Logic, această "viziune bine închegată" apare tributară fundamentării filozofice a antropologiei generale care prin supraordonarea ce o implică are caracter de disciplină sintetică ce derivă din diversificarea excesivă a



Scanned with OKEN Scanner

disciplinelor ce studiază persoana. Pentru a avea valoare probatorie în justiție, actul concluziv care apreciază că persoana X, prin acțiunile sau inacțiunile sale, a avut discernământ la momentul Tx, dacă persoana X necesită sau nu măsuri de siguranță medicală, trebuie să considere persoana ca un sistem de proprietăți obiective şi subiective, sistem ce evoluează el însuşi în interiorul unor sisteme complexe sau hipercomplexe, deschise, cu care se află în relații dicersificate, orizontale şi verticale. Relațiile multiple, stabilite, sunt dinamice şi pot fi succesiv sau concomitent, de echivalență, contradicție, subordonare, supraordonare, contrarietate limitată pozitiv, contrarietate limitată negativ, încrucişare sau indiferență implicativă. Prin proprietățile sale biologice, psihologice şi spirituale, persoana poate fi structural sănătoasă sau bolnavă, normală sau anormală. Normalitatea privită ca o categorie de structură a sistemului persoană este legată de categoriile de interacțiune, respectiv de cauză şi lege, precum şi de categoriile de necesitate, posibilitate şi realitate. Deci, normalitatea persoanei, privită prin perspectiva filozofiei antropologice şi analizată prin teoria sistemelor poate fi considerată, cum de altfel a definit-o şi Dr. Dan Prelipceanu, ca fiind "*suma comportamentelor a căror finalitate este optimizarea adaptivă*".

Actul concluziv al unei expertize medico-legale psihiatrice apreciază optimizarea adaptivă la momentul Tx a persoanei X, a cărei structură biologică şi psihologică a răspuns la condițiile create de jocurile dintre cognitivitate - afectivitate - voință şi dintre securitate şi insecuritate psihologică, socială, spirituală, economică cu un comportament caracterizat sau nu prin discernământ.

Întrebându-ne de ce persoana X are sau nu discernământ la momentul Tx, constatăm că instrumentele uzuale, comune patologiei şi implicit şi psihopatologiei, respectiv binomul sănătate - boală, nu sunt suficiente. Este cunoscut că există persoane considerate din punct de vedere psihiatric ca anormale dar care la momentul Tx, a acționat cu discernământ, după cum există persoane care nu prezintă o boală psihică de fond, dar care la momentul Tx, s-a aflat într-o stare particulară pendinte de anumiți factori, stare ce determină scăderea discernământului. În aceste condiții se impune noțiunea de **capacitate psihică**, noțiune ce nu se identifică cu nici una din treptele imaginarei scări ce coboară de la sănătatea ideală, irealizabilă, la moartea inevitabilă.

**Capacitate psihică**

Putem defini *capacitatea psihică ca fiind proprietatea persoanei de a-şi alege modul valorizat social de a fi în viață, de a acționa dinamic şi cu liberă voință, în funcție de modelul etico-cultural, valabil la un moment*



Scanned with OKEN Scanner

*dat istoric şi de a-şi exprima libertatea prin comportamente adaptive la normele socio-juridice.*

Capacitatea psihică, astfel definită, implică atât starea de sănătate sau boală în general cît şi în particular la momentul Tx şi exprimă posibilitatea persoanei de a acționa sau nu față de un eveniment la o modalitate acceptată social.

Deci, exprimăm capacitatea psihică prin starea de normalitate psihică sau anormalitatea psihică în general (ex. boală de fond), stare de normalitate sau anormalitate psihică la momentul Tx (ex. stadiu evolutiv al bolii de fond, stare psihopatologică particulară) şi stare de normalitate sau anormalitate psihică la momentul examinării (ex. boală psihică de fond aflată într-un anumit stadiu evolutiv, stare reactivă situațională). În contextul celor expuse, capacitatea psihică poate caracterizată calitativ prin "*integră*", "*scăzută*" sau "*absentă*". Luciditatea ca expresie a unei conştiențe elementare integre reprezintă astfel o condiție corelată, obligatorie dar nu suficientă.

Pentru a avea valoare probatorie, capacitatea psihică implică criteriile medico-legale se stabilire a responsabilității penale şi a capacității civile a persoanei la momentul Tx sau în general. În acest scop caracterizăm capacitatea psihică a persoanei prin modalitățile sale de discernământ.

**Discernământ**

**1. În cauze penale**

**1.1.** Definim discernământul în cauze penale ca fiind *capacitatea psihică a persoanei de a înțelege conținutul şi consecințele social-negative ale acțiunilor sau inacțiunilor sale la un moment dat, raportat strict la fapta care constituie obiectul cauzei.*

În această situație, se analizează persoana ca sistem biopsihologic aflat în stare de echilibru interior sau nu (normalitate sau anormalitate psihică) în relație cu fundalul social exprimat prin intenție, mobil, motivație, mod de comitere a faptei, comportament antefaptic, şi mai ales postfaptic, gravitatea faptei, mod de apărare (sinceritate, simulare, montaje etc.), condiții favorizante faptei penale, etc. Coordonatele acestui fundal sunt furnizate de dosarul cauzei. Am definit astfel, prin analiză retrospectivă, discernământul unei persoane, anterior examinării. Prin însăşi definiția ce include cele două versante ale înțelegerii acțiunii sau inacțiunii, versante aflate în relație cu fundalul social, după modelul inrterrelațiilor sistemelor deschise, apare ca logic că discernământul în cauze penale este gradat.

Uzual, folosim gradare "*prezent*", "*scăzut*", "*mult scăzut*" şi "*absent*" cu mențiunea că diferența dintre "*mult scăzut*" şi "*absent*" impune o analiză judicioasă pe linia simptomatologie - gravitatea faptei.



Scanned with OKEN Scanner

Iresponsabilitatea penală (categorie juridică) implică numai absența discernământului. În cauzele penale discernământul "*scăzut*" sau "*mult scăzut*", exprimând un minus de înțelegere pe unul sau altul din versantele definitorii, presupune implicit existența responsabilității penale şi poate fi luat sau nu în considerație de către justiție, în vederea gradării pedepsei, doar în ansamblul, materialului probator.

**1.2.** Definim discernământul în cauze penale, pentru momentul examinării, ca fiind *capacitatea psihică a persoanei de a-şi exercita dreptul de apărare în instanță, situație ce implică aptitunea de a expune succesiunea evenimentelor care l-au condus, prin acțiune sau inacțiune la comiterea faptei care constituie obiectul cauzei, şi de a şi-o motiva comprehensibil, în deplină cunoştință de cauză la modalitatea care şi-o alege.*

**2. În cauze civile**

**2.1.** Definim discernământul în cauze civile, privind capacitatea civilă de exercițiu ca fiind *capacitatea psihică a persoanei de a înțelege conținutul şi mai ales consecințele ce decurg din încheierea unui act civil unilateral (testament) sau bilateral (acte contractuale etc.).* Şi în acest caz se ia în considerație starea de normalitate sau anormalitate psihică (boala de fond) sau stări particulare, tranzitorii sau comprehensibile (ex. starea de mânie). În aceste cauze, indiferent de gradul de scădere a capacității psihice (având în vedere cele 2 versante ale definiției, respectiv capacitatea psihică scăzută sau absentă), discernământul este absent deoarece, logic, în justiție valabilitatea semnăturii unui act nu poate fi gradată. Şi în aceste cauze discernământul se analizează retrospectiv, pentru un moment anterior examinării. Un aspect particular este dat de cauzele privind anularea dispozițiilor testamentare când "*expertizele pe acte*" presupun documentație medicală corectă şi completă pentru a se putea analiza fondul biologic patoplastic ce a putut conduce la o tulburare psihică.

**2.2.** În celelalte cauze civile se apreciază discernământul pentru momentul examinării cu predicții pentru un viitor ce poate fi eventual previzibil într-un timp determinat sau nu. În aceste cazuri definim discernământul ca fiind *capacitatea psihică a persoanei de a decide (capacitate decizională) cu liberă voință asupra sa sau asupra altora (de a decide asupra modului "de a fi" în raport cu drepturile şi obligațiile civile ce i le acordă normele legale).* Exemplificăm aspectul prin cauze de interdicție, de îngrijire copii, de înfiere, de reidentificare sexuală etc.

**2.3.** Un aspect particular îl reprezintă cauzele civile prin care persoana revendică despăgubiri civile motivate de o boală cauzată de o altă persoană fizică sau de o persoană juridică. Frecvent sunt



Scanned with OKEN Scanner

incriminate solicitările de despăgubiri pentru traumatisme fizice (accidente, bătăi), tratamente medicale neadecvate sau decese intraspitaliceşti. În aceste cazuri se operează cu noţiunile de cauzalitate medico-legală, cauzalitate medico-legală psihiatrică şi de infirmitate psihică tranzitorie sau permanentă. Al treilea domeniu nosologic important, implicat în actul concluziv psihiatrico-medico-legal este cel al stabilirii periculozităţii sociale secundare unei afecţiuni psihice.

**Periculozitate socială**

Legiuitorul defineşte noţiunea de "*pericol social*" ca fiind corespondentă oricărei fapte penale pedepsită prin privare de libertate pe o durată de peste doi ani.

Literatura psihiatrică defineşte periculozitatea indirect, prin ierarhizarea unor factori asociaţi, pendinte de istoric, infracţiune, stare psihică şi circumstanţe de comitere a unei fapte penale. Analiza acestor factori ce variază între 20 şi 30 (în funcţie de autor) permite conturarea unui pattern al periculozităţii. Dacă pentru bolnavii recidivişti, aprecierea apare ca relativ uşoară, situaţia este diferită la persoanele aflate la prima faptă penală. La acestă categorie de persoane, considerăm oportună folosirea noţiunii de *potenţial antisocial ca fiind riscul ca o persoană cu tulburări psihice, indiferent de intensitatea lor la momentul examinării sau de încadrare nozologică, de a recidiva în comportamentul său antisocial sancţionabil prin lege*. Aprecierea potenţialului antisocial sau a periculozităţii sociale nu este coincidentă obligatoriu cu o capacitate psihică diminuată sau un discernământ scăzut. O persoană poate avea potenţial antisocial, chiar dacă fapta penală sancţionată a fost fapta comisă cu discernământ (discernământ păstrat) şi chiar dacă pentru fapta comisă legiuitorul nu prevede echivalenţa "*pericol social*" (pedeapsă privativă de libertate mai mare de doi ani). Potenţialul antisocial este astfel, o rezultantă a judecăţii clinice, considerând "*bolnavul*" şi "*boala*". În apreciere, printre altele, se ţine cont de particularităţile simptomatologice psihiatrico-judiciare. Aprecierea potenţialului antisocial şi a periculozităţii sociale este deosebit de importantă în analiza cererii de întrerupere sau suspendare a pedepsei şi mai ales a recomandărilor măsurilor de siguranţă medicală, recomandare ce constituie ultimul punct al actului concluziv psihiatrico-medico-legal.

**Măsuri de siguranţă medicală**

Actualul cod penal prevede măsuri de siguranţă medicală în art.113 şi 114. Fără a cometa concordanţa acestor măsuri cu realitatea psihiatriei contemporane, dilema etică dintre a proteja comunitatea şi de a respecta drepturile umane ale infractorului, dintre măsurile punitive cele mai severe şi minimum de securitate macro-socială sau dintre cele



Scanned with OKEN Scanner

mai blânde măsuri punitive şi maximul posibil de securitate socială, remarcăm câteva aspecte:

**1.** Măsurile de siguranță medicală nu se corelează cu capacitatea psihică sau discernământul persoanei în raport cu o faptă penală comisă ci cu potențialul antisocial datorat unei tulburări psihice.

**2.** Măsurile de siguranță medicală prevăzute de art.113 c.p. se aplică atât în timpul detenției (când detenția este dispusă de justiție) prin rețeaua sanitară a D.G.P. în condiții de spitalizare şi ambulator cât şi ulterior prin rețeaua M.S.

**3.** Ridicarea măsurilor de siguranță medicală prevăzute de art.114 trebuie să fie prudentă, cu excluderea formalismului şi instituirea măsurilor de siguranță medicală prevăzute de art.113 c.p.

Cele expuse reprezintă doar coordonatele importante, operaționale conceptual şi aplicativ ce caracterizează capacitatea psihică, discernământul, potențialul antisocial şi aria măsurilor de siguranță medicală.

Complementar, prin punctarea acestor caracteristici operaționale, autorii doresc să sublinieze principalele aspecte ce motivează delimitarea psihiatriei medico-legale.

**1. Psihiatria medico-legală ca ramură medicală pendinte de învățământul medico-legal** se motivează prin:

**1.1. Concept teoretic**

**1.1.1.** Actul cunoaşterii se defineşte prin perspectiva filozofică antropologică, versantul psihiatric având un caracter integrator, psihologic şi psihopatologic, spiritual şi biologic în context social diversificat, împărțit şi reasociat, iar versantul medico-legal având caracter sintetic şi concluziv.

**1.1.2.** Structura conceptuală relevă în acțiune practică (valoare probatorie în justiție), dinamica socială a subiectului (persoanei) în interacțiune cu proprietățile sale intrinseci şi extrinseci, conformă unei relații ierarhizate de ordine. Structura conceptuală este legată de o cauzalitate medico-legală specifică, necesară, posibilă şi reală.

**1.1.3.** Persoana reprezintă un sistem de proprități aflat în relații logice cu o multitudine de sisteme şi este studiată în raport cu norme (legi) de drept specifice.

**1.1.4.** În fapt, psihiatria generală inclusiv cea socială, are ca obiect de activitate persoana bolnavă care se raportează la ea însăşi într-un context social dat, iar psihiatria medico-legală are ca obiect de activitate persoana sănătoasă sau bolnavă psihic, raportată la o normă socială legiferată prin instrumentele statului de drept şi care trebuie să se regăsească pe ea însăşi în acord cu ceilalți, într-un context social dat.

**1.2. Noțiuni specifice**



Scanned with OKEN Scanner

**1.2.1.** Psihiatria medico-legală operează în principal cu noțiunile de capacitate psihică, discernământ, potențial antisocial și măsuri de siguranță medicală, noțiuni cu caracteristici atât psihiatrice, prin conținut, cât și medico-legale, prin demersul concluziv.

**1.2.2.** Psihiatria medico-legală operează cu noțiunile de cauzalitate medico-legală psihiatrică (ce include și caracteristici de tip criminologic), capacitate de exercițiu, reindentificare sexuală, capacitate decizională, interdicție, curatelă, heteroagresivitate, suicid realizat, victimologie, noțiuni a căror subiect și demers concluziv sunt specifice medicinii legale, criteriologia psihiatrică având un rol secundar.

**1.3. Aspecte clinice**

**1.3.1.** În psihiatria medico-legală, sub aspectul demersului concluziv, clinica este axată mai mult pe simptomatologie decât pe afecțiunea de fond.

**1.3.2.** Ponderea simptomatologică este deținută, în principal, de funcțiile psihice ce vizează voința și aria simulării, aspecte secundare sau nerelevante în psihiatria de spital.

**1.3.3.** Nozologic, ponderea o deține tulburarea de personalitate de tip dissocial sau de tip borderline, tulburare mai puțin frecventă în practica de spital.

**1.3.4.** Fondul patoplastic biologic este relevant în toate demersurile concluzive psihiatrico-medico-legale și este corelat obligatoriu cu cauzalitatea socială.

**1.3.5.** Mediul de penitenciar modelează specific atât reactivitatea persoanei în general cât și exprimarea tulburărilor psihice.

**1.4. Aspecte practice**

**1.4.1.** În stabilirea demersului concluziv, în psihiatria medico-legală, se examinează și se analizează materialul probator, material fără de care nu se poate aprecia discernământul.

**1.4.2.** Analiza psihiatrico - medico - legală complexă ( examinarea persoanei, investigații complementare inclusiv ancheta socială de caz, materialul probator și alte date ce pot fi solicitate) implică psihiatrul specializat în domeniu nu numai în aprecierea diagnostică ci și în alte demersuri medicale și nonmedicale (drept penal, drept civil, dreptul familiei, dreptul muncii) cu concluzii și deci, consecințe specifice.

**1.4.3.** Subiectul principal al psihiatrie medico-legale este constituit de agresivitate, analizată medical (psihopatologic), medico-legal (victimologic și prin consecințe) și criminologic (modelare micro și macrosocială).

**1.4.4.** Prin demersul său concluziv, psihiatria medico-legală are rol de prevenție cu impact la nivel macrosocial.



Scanned with OKEN Scanner

**1.4.5.** Activitatea psihiatrico-medico-legală se desfăşoară, în principal, prin intermediul expertizei medico-legale psihiatrice, pentru efectuarea cărora sunt folosite majoritatea cunoştinţelor tuturor disciplinelor antropologice.

**1.4.6.** O expertiză bine făcută, are valoare probatorie şi oferă observaţii, date, "*semnale*", informaţii, atât majorităţii disciplinelor medicale, cât şi altor sectoare de activitate (ex. juridice, învăţământ-educaţie, muncă şi protecţie socială, psihologie, sociologie etc.). Coroborarea acestor informaţii poate avea acea valoare predictivă, în realizarea studiilor vizând strategia dezvoltării umane şi sociale.

**1.4.7.** O expertiză bine făcută ce presupune o activitate elaborioasă de înaltă ţinută ştiinţifică ajută la aprofundarea cunoştinţelor antropologice şi la închegarea lor în raporturi filozofice.

**1.4.8.** Cunoştinţele elementare ale psihiatriei medico-legale trebuie predate în ponderi diferite, atât în învăţământul medical cât şi nemedical (juridic, psihologic etc.).

**2. Modelul românesc de abordare a psihiatriei medico-legale**

**2.1.** Se delimitează disciplina de psihiatrie medico-legală şi activitatea de expertiză medico-legală psihiatrică

**2.2.** Psihiatria medico-legală se suprapune vechii accepţiuni de criminologie clinică.

**2.3.** În demersul ştiinţific, analiza materialului probator este la fel de importantă (uneori chiar mai importantă) ca examinarea persoanei.

**2.4.** Dacă psihiatrul, prin formaţie integrează toate informaţiile primite, stabilid un "*profil*" al persoanei, medicul legist sintetizează aceste informaţii şi le raportează cauzal la prevederile legale, ceea ce îl pune în situaţia de a media între drepturile persoanei - infractor, pârât, reclamant - şi societate.

**2.5.** Dacă psihiatrul poate aprecia psihopatologic înscrisurile, declaraţiile sau comportamentele descrise în cauze, medicul legist are cunoştinţele necesare de a transpune în limbaj comprehensibil şi de a aprecia cauzal, materialul probator.

**2.6.** Doar sub incidenţa reţelei de medicină legală pot colabora, cu respectarea normelor de drept prevăzute, psihiatri, medici legişti, psihologi, sociologi, specialişti de marcă din alte discipline medicale cu jurişti cu formaţie criminologică şi criminalistică.

**2.7.** Expertizarea interdisciplinară medico-legală psihiatrică are tradiţii în România încă de la Prof. Alexandru Şuţu. Documentele internaţionale recomandă, în domeniu, păstrarea şi optimizarea conform tradiţiei fiecărei ţări.

**2.8.** Prin raportare la populaţia ţării nu apare fezabilă organizarea unei instituţii - persoană juridică - de psihiatrie medico-legală (sau



Scanned with OKEN Scanner

psihiatrie judiciară - denumirea formală este mai puțin importantă) atât din rațiuni economice, cât şi din rațiuni de beneficiu științific.

**2.9.** Conform legilor de repartiție a resurselor financiare, în condițiile macrosociale şi economice cu care se confruntă țara şi având în vedere starea logistică a psihiatriei medico-legale, eventual cu atribuții lărgite, sub egida învățământului şi organizării medico-legale, datorită costurilor mai mici şi a posibilității unor eventuale implicări financiare a altor departamente interesate.

**2.10.** Heteroagresivitatea, suicidul, infracțiunile economice, degringolada în receptarea unor drepturi civile, crima organizată, victimologia reprezintă aspecte macrosociale actuale care presează instituțiile ce beneficiază de rezulatele activității medico-legale.

**2.11.** Programe comune de cercetare cu alte departamente, vizând predicția şi prevenția, asigură afirmarea, dezvoltarea şi corelarea la standardele europene a psihiatriei medico-legale ca ramură a psihiatriei pendinte de învățământul şi organizarea medico-legală şi implicit, prin degrevarea de o arie aflată sub pressing macrosocial şi juridic, permite psihiatriei generale să se regăsească, să se reorganizeze, să se modernizeze, să atingă deci, dezideratele terapeutice de nivel internațional.

**Bibliografie**:
- Bibliografia cuprinzând 103 titluri se află la autori
- Au fost consultate lucrările următorilor medici români, legişti şi psihiatri (în ordine alfabetică): Angheluță V., Beliş V., Berghie I.E., Buda O., Costea G., Dragomirescu V.T., Dressler M., Gangal M., Gorgos C., Giurgiuca T., Hanganu O., Lăzărescu M., Matei V., Nica-Udangiu L., Nica-Udangiu St., Naneş C., Panaitescu V., Predescu V., Prelipceanu D., Popa V., Romila A., Scripcaru Gh., Stănescu F., Terbancea M.
- Au fost consultate un număr de 20 documente internaționale.

## PROFILUL PSIHOLOGIC AL DELINCVENTULUI JUVENIL ÎN PERIOADA DE TRANZIȚIE

Dr. C. OANCEA
Clinica de Psihiatrie Bucureşti

Creşterea îngrijorătoare a delincvenței în ultimii ani a dat naştere la numeroase preocupări şi lucrarea de față se înscrie în încercarea de a formula unele răspunsuri la noile probleme apărute în sfera delicualității juvenile.

În intervalul 1990-1995, delincvența juvenilă a urmat o curbă asemănătoare cu cea adultului (gr.1, 2) înregistrându-se şi o



Scanned with OKEN Scanner

substanțială participare din partea copiilor mai mici, sub vârsta de 14 ani. La începutul anului 1995 creşterea era de 10 ori la furturi, şi de 3 ori la acțiuni de violență: violuri, tâlhării, omoruri.

În mod corespunzător a crescut numărul persoanelor care comit acte infracționale. E un fapt binecunoscut legarea delincvenței juvenile de păturile defavorizate cu o stare socio-economică precară, şomaj, calificare profesională slabă sau absentă, lipsă de educație şi cultură. În România teoriile sociologice ale delincvenței se confirmă pe deplin.

Elementul cel mai neobişnuit este dat de pătrunderea în rândul delincvenților a copiilor şi adolescenților cu o bună educație aparținând unor familii de intelectuali cu profeiuni din cele mai onorabile, profesori, medici, ingineri. Chiar dacă părinții lor reuşesc de multe ori să stopeze cursul cercetărilor faptul pare semnificativ pentru pierderea, parțial justificată, a influenței generațiilor vârstnice păstrătoarele "*de drept*" ale legii, asupra celor tinere.

În mod corespunzător caracterizarea psihologico.psihiatrică a acestor 2 categorii mari de adolescenți aduce cu sine probleme specifice:

- pentru analfabeți sau cei care au părăsit şcoala timpuriu, devine esențială desprinderea evaluării capacității cognitive de cultură
- pentru toți se impune însă definirea stadiului de dezvoltare a conştiinței morale, a culpabilității, a resurselor interne individuale de autocontrol, delimitarea atitudinii reale față de generația matură şi valorile sale.

Dacă pâna la Revoluție rata analfabetismului sau a părăsirii precoce a şcolii era realtiv mică, situația actuală tinde să scape de sub control. La această categorie de persoane, testele psihologice cognitive utilizate în mod curent, WISC şi chiar Raven riscă să introducă un bias legat de cunoştințe / cultură sau chiar de deprinderile de muncă intelectuală. Reaua voință a subiecților însăşi adaugă la rândul ei un grad de inexactitate ceea ce poate duce la o devianță de până la 20-30 de puncte la bateria WISC.

Pentru categorii importante de infractori, se crează un imens risc de avantaj juridic datorat în întregime imperfecțiunii mijloacelor psihologice. Acest neajuns, îndelung teoretizat de şcoala sovietică în anii 20 care se confrunta cu adolescenții deprivați educațional, nu poate fi minimalizat, iar instanțele judiciare actuale împărtăşind suspiciuni asemănătoare, trimit adesea pentru reevaluare în clinica noastră probanzi deja examinați în alte instituții psihiatrice.

Pentru depăşirea acestui impas ar trebui introduse noi variabile psihologice cum ar fi evaluarea limbajului, care la cei normal dotați este în general bine dezvoltat, inteligența nativă reflectându-se în bogăția



Scanned with OKEN Scanner

vocabularului, utlizarea corectă a unor expresii, stilul adesea îngrijit în discordanță cu nivelul precar al cunoştinţelor şcolare.

Asemenea informații se obțin mai uşor în afara discuțiilor formale, de "examinare", în situații de grup, în care subiecții îşi pierd defensivitatea obişnuită datorită unor subiecte anodine sportive, petrecerea timpului liber, jocurile mecanice, utilizarea banilor şi aprecieri asupra valorilor în raport cu prețurile şi inflația.

Definirea capacității adaptative, prin examinarea stilului general de viață al subiecților în familie şi în grupul lor, dar şi a modului lor de realționare cu personalul secției sau cu alți internați reprezintă o alternativă, o importantă sursă de corectare a erorilor susmenționate în evaluarea dezvoltării intelectuale reale, aşa cum o arată experiența internațională (DSM III).

Rezumându-se la determinarea coeficientului intelectual actualele exigențe ale comisiilor medico-legale rămân foarte limitate şi practic inoperante pentru o largă categorie de delincvenți. Ar fi utile indicații directe din partea instanțelor legale pentru consemnarea adaptării probanzilor în secție, în cazul celor internați ca şi aprecierea capacității lor adaptative în afara şcolarității care de principiu este deficitară.

În mod surprizător subiecții pot demonstra că sunt bine informați asupra drepturilor lor. Adesea ei nu acceptă disciplina secției, considerată de ei prea riguroasă şi pretind să fie tratați cu deferență, să li se efectueze analizele cu promptitudine. În opinia lor ei nu au de ce să stea în spital, iar în ultima vreme ei cer să fie învoiți în timpul sfârşitului de săptămână ca şi ceilalți. Tocmai în aceste situații ies la iveală inteligența, cunoştințele şi exigențele lor de "clienți".

De aceea pentru cazurile în care există îndoieli asupra rezvoltării cognitive, cum ar fi acela a unor adolescenți analfabeți sau cu şcolaritate foarte precară, pentru o perioadă specifică de observare clinică este o soluție.

În centrele de observare similare din țările dezvoltate caracterizarea subiectului depăşeşte scopul întrucâtva îngust al expertizei medico-legale creindu-se şi baza informațională pentru posibila viitoare orientare şcolar-profesională prin datele culese referitoare la abilitățile sociale, de autoservire, profesionale, aptitudini.

În timp ce evaluarea dezvoltării cognitive a adolescentului serveşte la stabilirea discernământului asupra faptelor deja comise, aprecierea gradului de culpabilitate trăită ar putea determina într-o oarecare măsură prognosticul asupra săvârşirii unor fapte viitoare.

Dacă dezvoltarea cognitivă este determinată în mare măsură de factorii genetici, dezvoltarea conştiinței morale depinde în întregime de factorii sociali, ceea ce oferă şansa de a examina climatul moral al



Scanned with OKEN Scanner

adolescentului şi resursele cel puţin teoretice, de a fi influenţat în bine sau rău.

Deşi elementele fundamentale ale conştiinţei morale fuseseră elaborate dintr-o perspectivă developmentală încă din deceniile 60-70 (*J.Piaget* şi *L.Kohlberg*), culpabilitatea, corolarul său firesc a fost puţin abordată în practica medico-legală şi psihiatrică forensică a adolescenţei. Ea se constituie ca o rezultantă a unei multitudini de factori între care ocupă o poziţie privilegiată educaţia morală şi convingerile morale dominante ale familiei, grupului sau societăţii în general.

Observaţiile personale asupra culpabilităţii tinerilor delincvenţi internaţi, arată reducerea semnificativă a gradului de vinovăţie trăită, ca factor intern reglator, la majoritatea cazurilor examinate pe parcursul ultimilor ani. Aceasta se petrece în pofida măsurilor luate de întărire a educaţiei morale în şcoli prin introducerea recentă a studiului religiei. În aceiaşi perioadă s-a întregistrat şi o îngrijorătoare discrepanţă între noile orientări ale practicii sociale şi cele ale educaţiei morale.

Actul sau actele delictuale trec prin conştiinţa adolescenţilor delincvenţi ca evenimente anodine sau poate ca aventuri plăcute. Lipsa totală de remuşcări, de culpabilitate arată o atrofie rapidă a simţului moral, acolo unde se presupune că el a existat, în medii cu bună educaţie sau absenţa sa în cele în care resursele educaţional-morale ale familiei au fost precare.

Tinde să-şi facă loc o gândire amorală simplistă, în care valorile societăţii au dispărut, rămânând atotputernic un Ego hipertrofiat, antisocial, dominat de ambiţii de satisfăcut imediat prin orice mijloc şi indiferent de preţ, a unor obiective precise: a avea cât mai mulţi bani, a duce un mod de viaţă cât mai generos şi bogat cu putinţă.

Adolescenţii nu teoretizează furtul, de altfel ei nu acceptă ca faptele lor să fie denumite drept furturi. Ei iau, nu fură, simţindu-se jigniţi de orice etichetare de acest gen. Ei nu fac nici o referinţă la păgubaş cu atât mai puţin la lege.

Tineri care furaseră sume mari de bani de acasă sau de la rude, priveau abaterea lor cu seninătate, iar reticenţa lor era datorată mai curând dorinţei lor de a păstra o aparenţă de onorabilitate. Curiozitatea examinatorului era privită cu ostilitate şi dispreţ ca un amestec inoportun în afaceri private.

În gândirea predelincventă şi delincventă actuală se impune o imperioasă nevoie de ostentaţie, de afirmare socială, prin bani, dar şi prin acte agresive gratuite, vandalism, răzbunare cât mai cruntă, dispariţia milei şi toleranţei. Se poate vorbi de o orgie a violenţei gratuite, crimele sunt realizate cu sălbăticie prin zeci de lovituri, mutilări inutile cu



Scanned with OKEN Scanner

semnificații strict simbolice. Transpare o ură generală, o înverşunare extremă a usigaşului față de victimă, ce amintește poate de ura de clasă.

Asemenea trăsături nu sunt neapărat specifice vârstei. Adolescentul aflat într-o perioadă de maturizare turbulentă, de dezorientare psihologică şi de căutare a identității în el şi în afara lui, în atmosfera epocii şi eroii săi buni sau răi, formali sau informali. buni sau răi, este un barometru sensibil al epocii. Creşterea delincvenței juvenile în țara noastră reprezintă un semn al mutațiilor semnificative de opinie petrecute în țara noastră.

Puternicul efect stimulator asupra infracțiunilor al perioadei de tranziție, a fost resimțit nu numai de adolescenți ci şi de vârstele mici, de obicei mai conformiste, aflate însă sub autoritatea familiei şi a şcolii. Schimbările în atitudinea față de actul infracțional reflectă afectarea conceptului de lege.

Ca factor reglator social major, legea pare să fie erodată, agenții săi tradiționali şi-au pierdut o bună parte din influență. Tot mai multe persoane percep legea ca pe o literă moartă. Succesul economic şi social al acelora care încalcă legea a clătinat vechile credințe morale. Regresiunea conştiinței morale a devenit vizibilă în toate straturile sociale, întrând în funcție legile celui mai tare şi celui mai abil.

Autoritatea legii bazată pe încrederea şi respectul cetățenilor a fost confruntată cu o criză fără precedent generată de neîncrederea față de reprezentații săi, de contestația conținutului său.

Tot mai mult s-a încetățenit ideea că legea este o convenție ca oricare alta, impusă adesea prin voința arbitrară a unui grup care îşi urmăreşte propriile intesere. Multe din legile actuale se află în această situație, ele fiind contestate din diferite motive de cetățeni, organizații sau grupuri etnice, în mod deschis sau în particular.

Corupția, samavolnicia din cercurile economico-politice îşi au corolorarul în delincvența juvenilă. Ambele fenomene transmit societății acelaşi mesaj fundamental: nu ne pasă de nimeni, noi ştim ce trebuie făcut şi facem ce credem noi ca să ne fie bine.

În fapt, procesul de erodare a încrederii în domnia legii a început încă din perioada aşa-zisă socialistă, când a apărut conceptul larg promovat chiar de autorități de a te "*descurca*", a "*rezolva problemele*" în mod ilegal depăşind legea adesea excesiv de restrictivă. A rezolva problemele însemna în România a procura cu orice mijloace cele necesare realizării imediate a doleanțelor. Totul era de cumpărat sau de depăşit de către cei "*deştepți*", abili sau puternici.

Această "*morală*" a "*supraviețuirii*" specifică orânduirii socialiste s-a transferat intactă după Revoluție, muncitorul român şi nu numai,



Scanned with OKEN Scanner

rămânând tributar ideii că nu este imoral să faci furtişaguri din propria întreprindere fie şi privată.

Ea s-a implantat în psihologia colectivă, pierzându-şi atributul de gândire deviantă sau delincventă. Marginea legii a fost desfiinţată cu bună ştiinţă încă din momentul în care magazinele erau goale, dar lumea mânca destul de multă carne furată, furtul şi ilegalitatea fiind acceptate ca mecanisme sociale fireşti.

În raport cu morala obişnuită a unei societăţi democratice cu frica lui Dumnezeu, care caracteriza România anilor dinainte de 1946, impusă de generaţiile anterioare, în condiţiile comunismului s-a produs o severă regresiune a conştiinţei colective către stadiile timpurii. Perioada comunistă poate fi încadrată în primul stadiu premoral, tipul I: supunere datorită pedepsei şi fricii, după *Kohlberg* (1981). Pentru multe persoane, cinstea a devenit un atribut situaţional şi aparent. Ea reprezintă nu mai o componentă a "*dublei contabilităţi*", o convingere contrară mult mai profundă şi din păcate adesea confirmată de practică, domină din umbră: să fac totul ca să-mi fie mie bine, dacă iau (fur) îmi va fi bine.

Deşi unda de şoc revoluţionară a zguduit din temelii sistemul de valori pretins superior, bazat pe minciună şi prefăcătorie, Revoluţia nu a adus cu sine schimbări fundamentale ale structurilor profunde a conştiinţei individuale şi colective. În unele privinţe perioada de tranziţie a dus la agravarea crizei conştiinţei morale anterioare prin adăugarea de contradicţii şi confuzii rezultate din sărăcie, răsturnarea valorilor, succesul economic şi social al celor care încalcă legea, suprastimulare, conflicte de opinie colective, de grup sau interpersonale.

Morala publică bazată pe valori compozite, un amestec între creştinismul tradiţional şi egalitarismul socialist vigilent a suferit grele lovituri sub impactul noilor realităţi. Purtători ai acestui tip de învăţătură, învăţătorii, preoţii, părinţii copleşiţi de sărăcie, neputinţă şi umilinţă, nu pot să mai impună o morală care a dus la rezulatate economice aşa de slabe. Astfel s-a produs explozia delictuală la care asistăm. Este clar că asanarea morală a tânărului delincvent trece prin mecanisme ce ţin de funcţionarea întregii societăţi. Este poate timpul ca discuţiile de acest gen asupra cauzelor delincvenţei să depăşească preocupările celor care sunt în aval şi să implice întreaga societate care trebuie sensibilizată asupra riscurilor societăţii democratice incipiente, în perioada de tranziţie pentru a găsi şi soluţiile.



Scanned with OKEN Scanner

# CREDIBILITATEA
## - O INCURSIUNE PSIHIATRICĂ ÎN PROBLEMATICA GENEZEI, VALORII ŞI PSIHOPATOLOGIEI MĂRTURIEI LA COPIL ŞI ADULT -

Dr. Şt. KECSKEMÉTI - Doctor în medicină
Spitalul Clinic de Copii Oradea

La începutul acestui secol gânditorul şi psihopatologul *Karl Jaspers* critica vehement teza marelui său înaintaş într-ale filosofiei *Immanuel Kant*, enunţată în "*Antropologie*" după care aprecierea juridică a stării mintale ar trebui să rămână în sfera filosofiei (1).

Incontestabil problema generală a adevărului şi certitudinii, a fidelităţii relatărilor faţă de real, este şi rămâne problemă de filosofie, dar în viaţa cotidiană, deci şi în practica juridică este nevoie de răspunsuri concrete, clare, cu utilitate practică imediată. Aici nu e loc pentru filosofare şi psihiatrul practician trebuie să răspundă deşi nu este treabă uşoară, în calitate de expert, la întrebările foarte concrete ale juristului în cazul discutat aici, despre credibilitatea unui martor dat, care face depoziţie în faţa unui anchetator, procuror sau judecător.

Termenul de "*credibilitate*" defineşte atât după DEX (2) cât şi după Dicţionarul de Neologisme (3), însuşirea unui lucru de a putea fi crezut. Astfel valoarea unei mărturii cuprinde şi credibilitatea afirmaţiei martorului tocmai într-o epocă în care manipularea semenilor devine cotodiană şi datorită degringoladei etico-morale actuale până şi jurământul devine discutabil, nu numai la persoane anormale, deficiente sau bolnave mintal.

Pe lângă şi în absenţa probelor materiale, martorul rămâne un element important în cursul procedurilor de administrarea a dreptului. Or depoziţia sa este oricum rezultatul unei sinteze complexe din elementele lumii percepute, lumii reţinute, lumii evocate şi în fine a lumii reproduse, pe scurt nu al lumii reale, ca probe materiale, ci a lumii trăite de martor, un individ care participă la procedură cu starea fizică şi psihică de moment (oboseală, frică, saţietate, ebrietate etc.), dar şi cu întreaga sa istorie personală, cu personalitatea sa, la trăirea unor evenimente pe care urmează să le descrie. El nu este deci un mecanism electronic de înregistrare sau o peliculă sensibilă pentru redarea faptelor, aşa cum ele sunt, ci un om care vede, înţelege şi redă prin optica şi prin subiectivitatea sa. Pe deasupra voluntar sau involuntar el se ştie şi actor secret, dar prezenţă capabilă să schimbe mersul lucrurilor în treburile în care este consultat.

Fără să putem intra în discutarea psihologiei şi psihofiziologiei mecanismelor umane de înregistrare, prelucrare şi redare a informaţiei, subliniem totuşi faptul că el se adaugă în acest circuit pe sine însuşi, argumentul principal în favoarea discutării credibilităţii.



Scanned with OKEN Scanner

*Antoine Porot* (4) supune atenției celor interesați valoarea mărturiei unor persoane adulte presupus normale, pentru a susține rezervele psihologilor şi multor psihiatrii, pe baza unor demonstrații experimentale. El citează pe marele *Claparéde* care a supus studenții săi la experimentul observării şi ulterior recunoaşterii unei persoane mascate şi deghizate, cerându-le după numai câteva zile identificarea sa în compania a încă 9 mascați şi altfel deghizați. Rezultatele sunt edificatoare, 18% dau răspuns corect, 36% dau răspuns ezitant, restul de 46% răspund eronat. Belgianul *Varvaeck* repetă experimentul cu viitori polițişti şi magistrați şi obține 5% răspunsuri exacte, 25% aproximative, 25% răspunsuri exagerate, 40% insuficiente şi 5% complet greşite, într-un aranjament experimental puțin mai diferit. Dacă în prealabil se comunică probanzilor natura experimentului, acest autor găseşte o reducere considerabilă a erorilor până la 5-8%. El subliniază totodată lipsa unui paralelism între fidelitatea relatării şi siguranța probanzilor în afirmațiile lor, fapt ce pune sub semnul întrebării chiar valoarea jurământului.

Dacă *Hesnard* arăta că martorul se află într-o situație interumană particulară, se ştie de la *P.Janet* cum emoțiile influențează amintirea; despre rolul sugestibilității şi autosugestibilității nici nu e necesar să vorbim, şi asta este doar o mică selecție din problemele credibilității adultului presupus normal şi sănătos.

Aceste obiecțiuni sunt la fel de valabile la tineri şi adolescenți. Coborând pe scara vârstelor până la pubertatea normală trebuie să amintim că tocmai în cauze legate de sexualitate, credibilitatea este funcția în care puberul a integrat propria sa sexualitate în identitatea sa, de capacitatea sa de distanțare obiectivă de eveniment şi de gradul siguranței de sine la care a ajuns. În orice caz, la pubertate se fac cele mai puține declarații de complezanță, fapt ce întăreşte credibilitatea care totuşi se cere verificată.

Din punctul de vedere al credibilității, poate cea mai problematică este prepubertatea, deoarece, după *R.Lempp* (5), în această perioadă atât autocritica cât şi controlul realității sunt intens perturbate de reveria fetelor sau entuziasmul debordant al băieților care îşi caută idealuri. La ambele sexe în această perioadă temele sex numai pe jumătate înțelese stau în prim planul curiozității şi interesului şi în general există frecvente interpretări eronate ale realului.

Pare ciudat, dar dintre copiii cei mai credibili, martori sunt şcolarii mici. Ei sunt într-o măsură suficientă capabili să controleze realul, dispun şi de un grad oarecare de autocritică şi sunt încă neutrii față de problemele sexualității (unde sunt cel mai adesea solicitați să depună).



Scanned with OKEN Scanner

Efectele eventualei heterosugestii se descoperă dovedind lipsa înțelegerii reale a sensului faptelor descrise.

Preşcolarul, trăind într-o lume animist-artificialist-magică, este desigur limitat în înțelegerea şi perceperea realistă a lumii, este şi extrem de sugestibil, dar nu în măsura şcolarului mic care şi datorită statutului său de elev nu contestă valoarea de adevăr al spuselor adultului. În orice caz, evenimente banale, uşor inteligibile, pot fi relatate şi de preşcolar în mod realist. Semne de întrebare ridică doar mărturii legate de interpretarea unor tabuuri sex în, de către *S.Freud* (6), descrisa fază uretrală sau falică de dezvoltare.

Probleme de credibilitate din perspectiva psihopatologiei ridică la vârsta adultă în primul rând personalitățile dizarmonice, deficienții, denivelații mintal (demențiații) şi alienații psihotici.

În categoria dizarmonicilor dezechilibrați (vanitoşi, perverşi, alcoolici, dependenți de drog, dar şi la uşor deficienții mintal care conviețuiesc cu noi), sinceritatea este totdeauna deosebit de suspectă - susține *H.Clause* (citat de (4)). Ei constituie un real pericol în buna administrare a justiției şi un obstacol în cercetare deoarece, ca şi manipulatorii sănătoşi, ei fac depoziții contradictorii, bruiază ancheta şi crează piste false. La aceasta contribuie în bună măsura tendința lor la mitomanie perversă până la cele mai variate insinuări acuzatoare, imputări calomnioase, acuzații mincinoase.

Credibilitatea vârstnicilor şi denivelaților mintal (demențiaților) necesită adesea verificare deoarece alături de scăderea binecunoscută a memoriei evenimentelor recente, lipsa de interes, o apatică detaşare, uneori perseverarea la amărunt, dublat de fabulații şi frecvente idei de prejudiciu, pot genera depoziții făcute cu bunăvoință, dar eronate.

Adesea psihoticilor, respectiv alienaților, li se refuză a priori credibilitatea, o greşală similară cu declararea oricărui psihotic, în orice context situativ, ca nerăspunzător, lipsit de discernământ. Evident orice tulburare de conştiență, orice modificare iluzională a percepției, orice halucinație exclude credibilitatea unui subiect, dar există dovezi că în anumite situații testologic verificate, şi mărturia psihoticului este credibilă. Citățm astfel din lucrările mai vechi ale lui *Rogues de Fursac* care evaluează mărturia bolnavilor mintal din punct de vedere al înțelegerii faptelor şi al fidelității în evocare, la un nivel cu puțin deasupra mărturiilor de calitate inferioară furnizate de normali. Este adevărat că psihoticii şi alienații furnizează mai puține date, în schimb numărul erorilor este mai mic sau egal cu al normalilor slabi.

La copii aspectele psihopatologice ale credibilității se grupează în jurul mai multor probleme.



Scanned with OKEN Scanner

Deficienții mintal, datorită comprehensiunii diminuate şi unor dificultăți de prelucrare a celor observate, pot furniza date eronate dar, ca şi copilul mic, în relatarea unor evenimente necomplicate pot furniza date valide.

Mai complicată este situația mărturiei copiilor cu leziuni cerebrale sechelare sau evolutive, dar şi cu disfuncții cerebrale minore cu deficit de atenție, care adesea umplu lacunele din trăirea realului cu fabulații.

La această categorie de copii, care încă din anii 70 au fost etichetați pauşal ca encefalopați, *H.Asperger* descrie un aspect particular de malignitate căruia îi dă numele de "*răutate encefalopatică*" Este vorba de copii cu stări lezionale cerebrale dobândite, indiferent de cauză, între luna a 6-a intrauterină şi sfârşitul celui de al doilea an de viață. Aceste stări au fost cunoscute şi înainte la copiii care au suferit de encefalită *von Economo* în marea epidemie declanşată după prima conflagrație mondială. Şi azi, în aria francofonă a psihiatriei, aceşti copii sunt diagnosticați ca "*perverşi*" şi descrişi ca nişte "*călăi domestici*", răsaduri de delincvenți - *H.Ey* (7). De altfel şi pedopsihiatrii francofoni sunt pesimişti în descrierea şi prognosticarea acestor cazuri (*Lassegue, Brovardel-Motet* ş.a.), învocând vechea zicală "*gura copilului adevăr nu grăieşte*". Ei susțin că nu numai la copilul pervers, ci la orice copil, minciuna face parte din repertoriul dezvoltării, întrucât limbajul în decursul devenirii are şi o valoare magic-incantatorie; afirmând un lucru, copilul are sentimentul că ceea ce spune a şi devenit realitate (credința asertivă a lui P.Janet). Afirmația este lipsită de consistență dacă nu se referă concret la o anumită etapă a dezvoltării. Dacă se cunoaşte vârsta copilului nici nu interesează decât secundar pe expert că asemenea minciună ia locul adevărului (*J.M.Sutter* citat de (7)), şi pentru ce avantaj se comite. Perversul minte însă ca martor (ca şi cel care pâreşte) pentru savoarea suferinței provocate altuia. Aici ipoteza malignității mitomanului pervers al autorilor francezi coincide cu cea a lui *A.Asperger* (8) despre "*răutatea encefalopatică*".

O convergență de păreri se întâlneşte şi la mai modernii pedopsihiatrii *J. de Ajuriaguerra* (9 şi 10) şi *R.Lempp* care pun accent pe caracterul psihoreactiv sau neurotic al malignității inclusiv al celei mitomane. Astfel, pentru *Ajuriaguerra* mitomania, de la *Babinschi* încoace, face parte din scenariile histeriei. Dar departe de a fi, cum până nu demult s-a susținut, consubstanțială copilăriei, histeria mai puțin ca nevroză, mai mult ca tulburare de personalitate (teatralism, neautenticitate, pseudologii fantastice subsumabile modului histrionic de a fi) şi în copilărie poate aduce beneficii secundare asemănătoare celor obținute de malignul organic sau pervers. Pentru *R.Lempp* mitomania



Scanned with OKEN Scanner

malignă a organicului ar fi o manifestare psihoreactivă secundară trăirii propriului handicap.

În analiza credibilității mărturiei copiilor trebuie luată în considerare pseudominciuna condiționată de poveste, joc, născocire, experiment, imitație sau pur şi simplu eroare.

În afară de acestea, mai trebuie ținut cont de posibilitățile depoziției false din frică, sentimente justificate sau nejustificate de culpă, teama de a face rău părinților, altor apropiați, din neîncredere față de adulți oficiali, ori simplamente din imperativele ne sau dissociale ale unei subculturi deviante sau delincvente (copiii străzii, aşa zişii aurolaci etc).

Erori ale trăirii realului mai pot apare în stări limită, stări crepusculare organice sau psihogene, situații anxiogene care la copil nu trebuie neapărat să atingă intensitatea psihotică a reacției psihogene de şoc. Am avut astfel ocazia de a discuta evenimente terifiante cu copii care au trăit undele de viitură a inundațiilor dar şi evenimentele din decembrie 1989, copii aciuiați în spitale şi secții de pedopsihiatrie până la limpezirea lucrurilor.

Evident cele de mai sus nu epuizează gama situațiilor care ridică chestiunea credibilității, dar sperăm că am putut sugera amploarea problemelor de psihopatologie conexe cu tema.

În continuare vom încerca, conştienți de faptul (aproape unanim recunoscut de confrații cu experiență psihiatrico-legală în țări unde expertize de credibilitate sunt la ordinea zilei), că nu există nici o posibilitate de a stabili cu mijloacele psihologiei sau psihiatriei conținutul de adevăr al unei mărturii, să enunțăm câteva linii directoare pentru orientare.

Se pot pune în discuție două aspecte legate de credibilitate, primul se referă la ***credibilitatea în general***, deci credibilitatea fără nici o legătură cu mărturia, şi ***credibilitatea specială*** legată de mărturia concret dată într-o anumită situație.

Pentru stabilirea ***credibilității generale***, condiție a unei mărturii valide, expertul trebuie să se pronunțe asupra capacității de observație, reținere a individului dat, asupra perturbabilității sale şi nivelului său general de a controla realitatea. Trebuie obținute informații despre influențabilitate, fantezie, inventivitate, nivel de inteligență, calitatea aptitudinilor instrumentale în domeniu optic şi acustic etc., de asemenea expertul trebuie să dispună de date despre anturaj şi familie, nivelul de sinceritate în relațiile interpersonale. Ar fi foarte utile, în afară de testele de inteligență, aplicarea metodelor projective de tipul *Rorschach, T.A.T.*, respectiv *C.A.T.*, utilizarea unor chestionare dintre care amintim *Minnesota* care verifică sinceritatea.



Scanned with OKEN Scanner

După precizarea unui nivel de credibilitate generală trebuie obținute informații despre ***credibilitatea specială***, singura în măsură că aducă precizări pentru tribunal despre validitatea unei mărturii date.

Pentru aceasta trebuie cunoscute posibilitățile unei depoziții false, care pot fi:

- **Mărturie conştient falsă (minciună)** stabilirea căreia intră în competența organelor judiciare. Aici rolul expertului se limitează la stabilirea unor eventuale stări afective care ar putea motiva depoziția neadevărată. La copii aici se recurge la investigarea capacității de perseverare într-o relatare scornită fără a se încurca în contradicții.
- **Heterosugestia**, frecventă la personalități elementare şi la copiii mici. Copiii mai mari se lasă cel mult instigați la depoziție falsă. În relatările sub efectul heterosugestiei întotdeauna lipseşte raportarea afectivă la conținut netrăit autentic, ci însuşit de la alții.
- Posibilitatea **autosugestiei** nu poate fi omisă; aici însă încurcă mult convingerea despre autenticitatea trăirii mai ales la mitomani, cei obsedați de fantezii sex, perverşi, care dacă pe deasupra sunt şi inteligenți sunt greu de demascat.

Cel puțin în practica cu minorii cele trei eventualități sus amintite se pot descoperi cel mai frecvent cu ajutorul personalului de sex feminin din poliție, anchetă şi tribunal susțin specialiştii germani în problemă.

În problema depoziției minorilor, mai joacă un rol important faptul că frecvent se falsifică sau se prezintă deformat propria atitudine a martorului față de faptă. Altădată minorii află doar în cursul procedurii despre importanța relatării lor şi sunt tentați să deformeze faptele prin propria optică.

Şi grupul de minori joacă un rol important fiindcă există mecanisme conştiente sau inconştiente de influență reciprocă. Mai mult, adesea intervine şi trebuința unor copii "*de a fi fost şi ei prezenți la eveniment*" ceea ce crează imagini complet eronate şi contradicții între mărturia celor real prezenți şi cea a falşilor martori.

Un rol important în încurcarea aflării adevărului joacă dorința investigatorilor de a obține "*mai multe precizări*", aici riscul cel mai mare constă în întrebări care sugerează, înfricoşează sau provoacă reacții negativiste de opoziție.

Pentru lămurirea calității unei mărturii suspecte, un rol deosebit de important revine reconstituirii primei relatări despre eveniment. Nu este deloc indiferent mai ales în cazul copiilor, *din ce motive? în ce condiții? cui?* a relatat cele la care a asistat. Această primă relatare este momentul crucial în care se direcționează mărturia. Este interesant cum copiii în general povestesc evenimentul semnificativ unor persoane cunoscute dar nu prea apropriate, parcă ar încerca "*efectul*" relatării lor



Scanned with OKEN Scanner

la cei mai "*neutrii*". Mamele află primele, evenimente semnificative care ulterior pot deveni mărturii, numai în cazul în care copiii nu sunt conştienţi de importanţa relatărilor lor.

În încheiere ne permitem să combatem pesimismul faţă de credibilitatea mărturiei persoanlor anormale, deficiente sau psihic-alienate, de asemenea faţă de mărturia copiilor sănătoşi sau bolnavi ori deficienţi mintal, dacă se ţine cont de valoarea investigaţiilor psihologice şi psihiatrice de expertiză, cu sublinierea faptului că nu există metodă, tehnică, procedură infailibilă pentru depistarea neadevărului. Aici revenim la o problemă filosofică fundamentală. Scrie într-o carte despre întrebarea *ce e adevărul*? Răspunsul se lasă aşteptat până azi.

Noi întrebăm doar: *unde este adevărul* şi modest recunoaştem că nu întotdeauna putem răspunde. Rămân probleme deschise şi în dimensiunea credibilităţii umane.

**Bibliografie**:


1. *Jaspers K.*: Allgemeine Psychopathologie, 7 Aufl.Springer berlin-Gottingen -Heidelberg, 1959, p.20-33
2. *DEX*: Ed.Academiei R.S.R., 1975, p.207
3. *Dicţionar de neologisme*: Ed.Ştiinşifică, 1966, p.192
4. *A.Porot*: Manuel Alphabetique de Psychiatrie, P.U.F., 1969, p.144, 237-42
5. *Lehrbuch*: d.seziellen Kinder u.Jugendpsychiatrie, Springer, Berlin-Heidelberg-NewYork, 3.Aufl, 1976, R.Lempp, p.310, 442-444, 26
6. *S.Freud*: Vorlesungen zur Einfuhrung in d.Psychanalise, 1923
7. *H.Ey, P.Bernard, Ch.Brisset*: Manuel de Psycchiatrie, Masson & Cie, Paris, 1967, p.363, 479
8. *H. Asperger*: Heilpedagogik, Innsbruk, 1959
9. *J. de Ajuriaguerra*: Manuel de Psychiatrie de l' enfant. Masson & Cie, Paris, 1973, p.693, 998, 997
10. *Idem & Hecaen*: Le cortex cerebral, Ed.idem, 1965
11. *S. Kecskemeti, A. Kecskemeti*: Minciuna la copii, Lucrare prez. USSM, Spit.copii Oradea, 1986


## AGRESIVITATE, COMPORTAMENT ANTISOCIAL, BOALĂ PSIHICĂ - CONSIDERAŢII TEORETICE GENERALE -


Prof. Dr. T. UDRIŞTOIU, Conf. Dr. D. MARINESCU,
Dr. G.C. MIHĂESCU, Dr. S. LARENTZAKIS
Clinica de Psihiatrie Craiova


Agresivitatea reprezintă un ansamblu de conduite ostile ce se pot manifesta în plan conştient, inconştient, fantasmatic, în scopul distrugerii, degradării, constrângerii, negării sau umilirii unui obiect investit cu semnificaţie, conduite resimţite ca atare şi neprovocate de acesta. Agresivitatea este caracteristică relaţiilor interumane, registrul ei de manifestare întinzându-se de la atitudinea pasivă, de indiferenţă, refuz



Scanned with OKEN Scanner

de ajutor, ironie, tachinare, până la amenințare şi acte de violență propriu-zise. Raportat exclusiv la ființa umană, obiectul agresivității poate fi chiar propria persoană, ca în conduitele autodistructive întâlnite în tulburări psihice sau chiar în afara lor. Manifestările agresivității umane sunt extrem de diverse, implicând participarea persoanei la diferite niveluri: pulsional, afectiv, atitudinal, comportamental.

Prezența agresivității de la începutul evoluției omenirii a generat îndelungi controverse de tipul celei "*dacă ființa umană este înăscut-agresivă*". De un interes particular în studiile efectuate este etiologia diferențelor între indivizi privind comportamentul agresiv. Plecând de la găsirea unor indicații clare asupra rolului factorilor biologici în agresivitatea animală (*Edwards*, 1969), ca şi de la sugerarea unor relații între hormoni şi agresivitate, ne putem aştepta la o bază genetică a comportamentului.

*Mednick* - 1984 - notează o variație a importanței factorilor genetici pentru diferite tipuri de crime: o ereditate semnificativă pentru crimele împotriva proprietății spre deosebire de crimele violente. *Eysenck* - 1979 - afirmă deasemenea determinarea genetică a acestui tip de comportament prin diferențele de personalitate, diferențe în mecanismul de trezire corticală şi de condiționare.

După cercetările lui *Bohman, Cloninger* şi *Tergerseen* actele antisociale agresive s-ar asocia cu alcoolismul de tipul 2 (exclusiv masculin), iar riscurile unui comportament similar s-ar explica prin transmiterea genetică la băieți a acesui fenotip alcoolic. Majoritatea statisticilor bazate pe date gemelologice arată un indice apreciabil de eritabilitate pentru delincvență (criminalitate), ea fiind cu atât mai ridicată cu cât faptele sunt mai grave. De asemenea este o mai mare apropriere la monozigoți în privința numărului de condamnări şi tipului personalității.

Teoriile socio-genetice (*Bercowitz, Horney, Goldonson*) consideră agresivitatea ca un rezultat al învățării în decursul propriei experiențe, care întăreşte răspunsurile agresive, prin eventuale rezultate pozitive obținute anterior, şi care îl determină pe individ să anticipeze aceste rezultate prin noi acțiuni agresive sau prin canalizarea sensului comportamentului agresiv în funcție de exigențele mediului social.

Geneza actului (implicit al celui agresiv) nu este altceva decât un dialog permanent între ceea ce este posibil şi ceea ce poate fi modificat în funcție de ambianță. Aşadar, agresivitatea implică programarea genetică, rezultat al unei îndelungate evoluții selective şi intervenția posibilă a mediului, fiind dificil de a deosebi ceea ce aparține determinantului înnăscut (stabil) şi cât celui dobândit (labil).

Modelul neurobiologic porneşte de la premiza, de necontestat, a reacțiilor celulei vii la stimulii din mediu. Agresivitatea este, în sensul cel



Scanned with OKEN Scanner

mai profund biologic, un mijloc extrem de adaptare, ce stă la baza stărilor emoționale negative, de ură sau furie. Modularea răspunsurilor vegetative, instinctuale şi automate, realizată la nivel rinencefalic (sistem limbic), permite atât stocajul mnestic al experiențelor trăite anterior, cât şi apariția unor nuanțări afective ale acestor trăiri. Comportamentele agresive vor reprezenta astfel exteriorizări ale unor stări de afect, mai mult sau mai puțin elaborate, în care sunt implicate, în grade diferite, şi celelalte funcții ale psihismului.

Studii clinice pe pacienți cu leziuni de lob frontal au condus la două tipuri de prezentare: pseudodepresiv şi pseudopsihotic. Primul sindrom se caracterizează printr-o marcată sărăcie a ideilor şi acțiunilor spontane, pacienții par să îşi fi pierdut orice inițiativă. Nivelul inteligenței este în general păstrat, activitatea este caracterizată printr-o notabilă lipsă de tact şi moderație. Individul poate fi iritabil, hiperkinetic sau poate comite impulsiv acte ce pot fi superficial descrise ca "*antisociale*".

*Markus* - 1983 - vorbeşte de o "*schemă proprie*" ce conține cunoştiințe structurale despre self, ce derivă din experiența trecută. Limbajul emisferei stângi, abilitatea autoexplicativă, formează baza neurologică a ceea ce *Diamond* - 1980 - numea mecanismul generator al selfului. *Diamond* consideră că viața mentală omenească este dominată normal de un continuu monolog interior, legat strâns de capacitatea de producere a limbajului. Emisfera dreaptă pare, prin contrast, mult mai legată de apectele realității din interiorul persoanei (percepțiilor somatice, imaginea corpului).

*Joseph* - 1982 - notează că ariile motorii ale cortexului se maturează înaintea celor senzitive şi emisfera stângă prioritar față de cea dreaptă. Aceasta, argumentează el, dă un avantaj competitiv emisferei stângi în achiziționarea reprezentărilor motori, în timp ce maturarea mai târziu a celei drepte are un avantaj în stabilirea reprezentării senzorio-afective, incluzând medierea limbică a emoției şi motivației. Lucrările privind rolul glandelor endocrine asupra agresivității au demonstrat influența hormonului masculin în declanşarea agresivității la vertebrate. *Vanderberg, Bronson, Desjardins* indică rolul testosteronului în manifestarea comportamentului combativ la adulți. După *Mayer* agresivitatea poate fi manipulată prin modificări endocrine, iar controlul unui comportament agresiv indezirabil se poate face prin înlăturarea factorilor de mediu generatori de frustrare, prin învățare şi educație, prin modificarea condițiilor fiziologice care facilitează răspunsul agresiv (medicamente, hormoni, stimulări sau leziuni cerebrale).

*Freud* introduce noțiunea de pulsiune a morții ce se opune pulsiunii vieții şi tinde spre reducerea completă a tensiunilor şi întoarcerea la starea anorganică. Agresivitatea ar rezulta din jocul între eros şi thanatos



Scanned with OKEN Scanner

(prin mecanismul deplasării) din necesitatea individului de a se autoproteja.

*Reich* descrie agresivitatea ca rezultantă a frustrărilor sexuale. *Hartmann, Kreis* şi *Loevenstein* disting patru tipuri de procese care modifică impactul agresivității: deplasarea spre obiecte, restrângerea scopurilor agresive, intricația sau libidoul, sublimarea agresivității. Teoria frustrației, elaborată de *Scott* şi *Dollard*, preia o idee a lui *Freud*, considerând agresivitatea ca rezultat al blocării din exterior sau al frustrării, ce împiedică pulsiunea vitală de a-şi realiza scopul. În fața frustrării, subiectul reacționează fie prin agresivitate, fie prin opusul ei. Dacă, la rândul ei, agresivitatea este blocată în exprimare, ea poate fi direcționată spre un nou substitut sau orientată spre sine. *Miller* nuanțează mecanismul, specificând că doar în anumte condiții frustrarea declanşează agresivitatea.

*Eysenck* subliniază că omul trebuie să se poarte într-un mod social acceptabil şi să dobândească o conştiință; aceasta se relizează printr-un proces de condiționare, în care actele antisociale constituie stimulii condiționați, iar pedepsele aplicate de părinți, profesori, autorități, reprezintă stimulii necondiționați. Există ample experiențe cu animale şi copii pentru a demostra acest proces şi pentru a arăta dacă într-adevăr poate fi dobândită o conştiință în acest mod.

Utilizând teoria condiționării, *Eysenck* încearcă o explicație a schimbărilor în importanța violenței în ultimele decenii. Întrucât, din punct de vedere genetic populația este aceiaşi, diferența în prevalența comportamentului antisocial şi violent ar fi datorată unei scăderi a numărului de încercări de condiționare la care fiecare copil este supus în timpul perioadei de creştere, în cadrul climatului general de "*toleranță*".

*Holland* - 1981 - în studii pe deținuți, afirmă că cei cu inteligență scăzută posedă un repertoriu comportamental limitat şi aceasta duce la dificultăți în rezolvarea problemelor interpersonale şi adaptarea la frustrații sexuale şi economice.

În ciuda diferenței dintre tipurile de populație studiate şi procedeele folosite, autorii consideră în general că, dacă se face dinstincția între tipurile de severitate a infracțiunii, majoritatea psihopaților impulsivi şi violent agresivi tinde să fie puțin inteligentă. Cu toate acestea o relație cauzală între coeficientul de inteligență scăzut şi psihopatul agresiv nu a fost găsită. Factorii ce par asociați cu prezența ambelor aspecte (inteligență scăzută şi agresivitate) includ caracteristicile personalității nesociabile, control cognitiv sărac, anxietate şi senzitivitate scăzută (*Heilbrun*).

Majoritatea studiilor sugerează că, atunci când este făcută distincția între delincvenții violenți şi cei nonviolenți, subgrupul violent are



Scanned with OKEN Scanner

performanțe mai sărace. O explicație este studiul lui *Rendall* (1982) în care ambele subgrupe au rezultate mai slabe față de martori.

Psihopatul dezinhibat este considerat ipotetic suferind de un deficit de maturare neurologică responsabil de o inabilitate relativă de a folosi limbajul interior pentru a modula atenția, afecțiunea, ideile şi comportamentul. În condiții de frustrare socială sau ambiguitate, comportamentul regresează până la utilizarea celor mai primitive strategii de răspuns agresiv pentru a determina schimbarea în mediul social. Factorul inteligență probabil interacționează cu factorul nedezvoltare a utilizării limbajului interior.

Studii recente au arătat legături între evenimentele agresive din populație şi violența prezentată în mass media. Astfel, *Philips* - 1974 - stabileşte o corelație între incidența sinuciderilor şi publicarea unor sinucideri pe prima pagină a ziarelor sau prezentate la TV. Impactul acestor relatări a fost cel mai mare în zonele geografice unde au fost publicate.

Majoritatea studiilor au presupus că spectatorii imită violența la care au fost martori. În mod tipic, "*teoria imitației*" implică copierea sau modelarea comportamentului observat. *Berkovitz* - 1984 - argumentează că violența din mass media poate deveni violența manifestă datorită unui "*efect primar*" în care ideea prezentată determină o schiță în memorie. Ideea violenței poate acționa ca o influență dezinhibitorie în sensul că violența urmează vizionării unor evenimente nu pentru că spectatorii imită ceea ce văd, ci pentru că devin frustrați prin ceea ce li se prezintă.

În sprijinul teoriei de imitare au venit *Goldstein* şi *Arms* - 1971 - care au găsit că participarea la un meci de fotbal sporeşte ostilitatea spectatorilor indiferent de echipa pe care o sprijină. *White* - 1989 - examinează incidența crimelor după meciurile campionatului de fotbal profesionist. Autorul a considerat două aspecte, fotbalul profesionist este un sport extrem de popular care este inerent violent, solicită agresiune fizică în orice fază a meciului. El a constat o creştere a incidenței violenței cu maxim în ziua a şasea de la meci, cu mențiunea prezenței acestui fenomen doar în zonele cu echipe învinse.

Oricare ar fi motivația agresivității, consecință a unei frustrări pulsionale (sexuală după psihanalişti), act adaptiv de protecție, de revendicare sau pur şi simplu gratuit, aceasta se desfăşoară într-un context structural-funcțional; forța pulsional emotivă şi impulsivitatea finală au un dublu control (subcortical şi apoi cortical), comportamentul agresiv uman fiind fundamentat biologic, biochimic şi neurofiziologic, rezultând din interacțiuni complexe între factorii genetici şi influențele modulator-formatoare ale mediului socio-cultural.



Scanned with OKEN Scanner

**Bibliografie**

1. *Bellis V*: Îndreptar de practică medico-legală, Ed. Medicală 1990
2. *Champion J.*, Cravens J., et al: A studi of 10 particidal man, Amer.J. Psychiatry 1985
3. *Dubon W.*: The violent patient - an urgent evaluation and treatment, Carrier Foundation Letter, nr.98, martie 1984
4. *Eichelman B.*: Aggressive Behaviour: From Laboratory to clinic, Arch. Gen. Psychiatry, 1992, 49:488-492
5. *Ellenberger H., Doningier N.*: Varietes des crimes, Encicl. Med. Psychiatry, 12:1-10
6. *Eysenck H.I.*: Origine of violence, Journal of medical etcs, vol.5, 1979, 105-107
7. *Ghodsian Carpey, Backer A.L.*: Genetic and environemental influence in aggressivity in twins, vol.13. 1987, 173-186
8. *Gorgos C.*: Dicționar psihiatric, vol.1-5, Ed.Medicală Bucureşti
9. *Gorgos C.*: Dicționar enciclopedic de psihiatrie, vol.3, Ed.Medicală Bucureşti, 1990
10. *Gottlieb P., Kramp P., Gabrielsen G.*: The practics of forensic psychiytry in cases of homocide in Copenhaga 1959 to 1983, Acta Psychiatry, Scand., 76:514-522
11. *Hore B.D.*: Alcohol and Crime. Alcohol Alcoholism, 23, 455-499, 1968
12. *Mees U.*: Constitutive elements of human aggressivity, Aggressive Behaviour, vol.16 1990, 285-295
13. *Olaru A.*; Introducere în psihiatria practică. Ed.Scrisul R_omânec, Craiova 1990
14. *Phil RO., Zacchia C.*:Alcohol and aggression. Aggresive Behaviour, 12:367-375, 1986
15. *Predescu V.*: Psihiatrie, Ed.Medicală, 1976 şi 1989
16. *Predescu V., Nica-Udangiu*: Urgențe în psihiatrie, 90-100
17. *Tardiff K.*: The Current State of Psychiatry in the Treatment of Violent Patients, Arch.Gen. Psychiatry, vol.49:493-499

## NOȚIUNI ŞI CONCEPTE FUNDAMENTALE ALE PSIHIATRIEI JUDICIARE

Şef de lucrări Dr. D. PRELIPCEANU
Clinica de Psihiatrie Bucureşti

Psihiatria judiciară se constituie ca domeniu aplicativ al psihiatriei şi medicinii legale în sfera comportamentelor antisociale sau deviante, motivate psihopatologic. Ea urmăreşte clarificarea - în fața unei instanțe de judecată - a imputabilității / neimputabilității unei fapte sau a existenței / inexistenței capacității de exercițiu determinată de integritatea unor capacități ale persoanei, adultă sau minoră, implicată într-o situație litigioasă (capacitatea de muncă pentru stabilirea unor compensații în cazul unui individ ultragiat: capacitatea de a efectua tranzacții, de a testa, de a administra bunuri materiale, de a contracta o căsătorie, de a îngriji o altă peroană lipsită de capacitate de exercițiu, minoră sau pusă sub



Scanned with OKEN Scanner

interdicție, capacitatea de conducere auto, de port-armă, de a executa activități cu responsabilități deosebite sau în condiții de risc crescut; capacitatea de a suporta condițiile de anchetă judiciară sau detenție; capacitatea de a depune mărturie într-un proces). În domeniul expertizei minorului aspectele particulare cuprind necesitatea evaluării capacității sale psihice în unele cauze civile specifice (înfiere, desfiere, accidente cu producerea unor sechele diverse etc.). Evaluând starea psihică a persoanei cercetate de către justiție, expertiza poate fi uneori o etapă obligatorie în demersul judiciar.

În unele situații sunt necesare argumente clare, obiective, bazate pe cunoştințe specializate tehnic şi ştiințific, ale modului în care condițiile biologice şi psihologice au putut determina, declanşa sau favoriza desfăşurarea acțiunilor (sau inacțiunilor) acelei persoane. De aceste argumente poate depinde hotărârea instanței de a considera acțiunile respective imputabile (adică săvârşite cu vinovăție) sau nu şi de a stabili astfel răspunderea juridică pentru săvârşirea lor. Rezultă importanța, uneori decisivă, a expertizei în desfăşurarea procesului judiciar şi deci responsabilitatea deosebită, civică şi profesională, care revine experților într-o activitate cu profunde şi directe implicații sociale.

Premiza practică a necesității fundamentării unei teorii ştiințifice a expertizei medico-legale psihiatrice, care să-i ofere coordonatele conceptuale, să-i reglementeze modul de desfăşurare şi de implementare a acestor coordonate în economia demersului judiciar, este menționată în art.48 C.P. care preconizează că "*nu constituie infracțiune fapta prevăzută de legea penală dacă făptuitorul, în momentul săvârşirii faptei, fie din cauza alienației mintale, fie din alte cauze, nu putea să-şi dea seama de acțiunile sau inacțiunile sale sau nu putea fi stăpân pe ele*". Acest articol se află inclus în capitolul V, intitulat: "*Cauzele care înlătură caracterul penal al faptei*" al părții generale a Codului Penal şi specifică în fond situația de **iresponsabilitate** ce poate înlătura caracterul penal al faptei (alături de **legitima apărare**, **starea de necesitate, beția, minoritatea făptuitorului** etc.). Este deci necesar a se discuta cauzele iresponsabilității, de a o circumscrie astfel în termeni medicali, obiectivabili şi traductibili în conceptele juridice (răspundere juridică, vinovăție, capacitate de exercițiu etc.).

Aşa cum arată *T.Vasiliu* (1972) cauzele "*iresponsabilității psiho-sociale*" sunt de natură medicală şi constau în alterarea facultăților psihice ale persoanei, ceea ce conduce la "*incapacitatea psiho-fizică*" de "*a înțelege şi da seama de semnificația acțiunii sau inacțiunii sale şi de consecințele ei*". *Dicționarul juridic* (1985) defineşte iresponsabilitatea drept "*cauză care înlătură caracterul penal al faptei, constând în aceea că făptuitorul, în momentul săvârşirii faptei, fie din cauza alienării mintale,*



Scanned with OKEN Scanner

*fie din alte cauze, nu-şi poate da seama de acţiunile sau inacţiunile sale ori nu poate fi stăpân pe ele*". Aceste definiţii circumscriu generic, din punct de vedere juridic, o condiţie obiectivă în care poate acţiona făptuitorul la un moment dat, astfel încât posibilităţile sale de autocontrol să fie afectate de prezenţa unor tulburări psihice până la suprimarea acestui autocontrol (identificată prin "*alienarea mintală*", formulare generică şi destul de imprecisă). Menţiunea "*alte cauze*" se referă la alte situaţii de natură patologică, tranzitorii, dar suficient de profunde pentru a afecta posibilităţile de autocontrol şi diferite de "*alienarea mintală*". Aprecierea acestor situaţii, precizate expres de textul art.48 C.P., trebuie făcute - aşa cum comentează *T.Vasiliu* - de medici, specialişti, care vor constata "*incapacitatea psihică*" a persoanei în cauză, organul judiciar stabilind la rândul lui, în funcţie de concluziile medicilor de specialitate, răspunderea penală a acesteia. Acelaşi autor mai precizează că "*incapacitatea psiho-fizică, fiind o situaţie de excepţie, organele judiciare dispun examinarea făptuitorului de către medicii specialişti, numai dacă au îndoială asupra capacităţii lor psihice*".

Înainte de a detalia sensul psihiatric al noţiunii de capacitate psihică, cadrul conceptual psihiatric al noţiunii operaţionale de discernământ, este locul să definim aici un alt concept fundamental, strâns legat de capacitatea psihică şi anume, **responsabilitatea**. Reflectare în plan social a capacităţii psihice şi efect al acesteia, prin responsabilitate se înţelege "*totalitatea particularităţilor psihice ale individului care îl fac capabil să înţeleagă libertatea şi necesitatea acţiunilor sale, în unitatea dialectică cu legile obiective de dezvoltare ale societăţii şi să aprecieze consecinţele faptelor sale atunci când acţionează contrar acestei unităţi*" (*Predescu, Moraru*, 1962).

Arătând că responsabilitatea constituie condiţia fundamentală a vinovăţiei, *Dicţionarul juridic* (1985) precizează şi sensul strict juridic al responsabilităţii: "*Ansamblu de reglementări privind consecinţele care decurg în sarcina unei persoane din încălcarea unei obligaţii şi care constă în îndatorirea ei de a repara prejudiciul cauzat şi de a suporta, când e cazul, o sancţiune*".

Noţiune specifică teoriei şi practicii medico-legale psihiatrice, **capacitatea psihică** reprezintă posibilitatea sau facultatea funcţiilor psihice cognitive, afectiv-conative şi de sinteză de a acţiona corect şi adecvat în raport cu obiectele, fenomenele şi categoriile mediului înconjurător în scopul adaptării suple şi armonioase a persoanei la aceasta. Capacitatea psihică este, aşa dar, o noţiune abstractă, ca şi responsabilitatea, desemnând o proprietate a psihismului normal şi caracterizând subiectul din punct de vedere al integrităţii şi unităţii sale cognitive, afectiv-volitive, anticipativ-acţionale, axiologice şi morale. Fără



Scanned with OKEN Scanner

să fie o funcție a psihismului în sensul psihologic al cuvântului, ea exprimă funcționalitatea psihismului în totalitatea lui şi în raporturile sale complexe cu mediul. Capacitatea psihică exprimă potențialitatea adaptativă implicită a psihismului normal, corespunzător dezvoltat, constituind premiza obligatorie a responsabilității şi cadrul psihologic al discernământului.

După cum vom vedea, capacitatea psihică determină şi categoriile juridice de **vinovăție**, **capacitate de exercițiu** şi **capacitatea de răspundere**. Astfel, înțelegem să conferim noțiunii de capacitate psihică o semnificație dinamică şi integratoare, operațională şi specifică necesităților de fundamentare teoretică şi a acelora de aplicabilitate practică ale expertizei medico-legale psihiatrice, ea permițând implementarea în acest domeniu interdisciplinar a conceptului global al personalității la nivelul cel mai general de integrare, care este adaptarea la impactul cu societatea, dar şi prin prizma funcționării intrinseci a personalității la nivelul funcțiilor sale fundamentale.

Din definirea capacității psihice reiese, credem, suficient de clar că aceasta reprezintă versantul sau conținutul psihologic, medical al conceptului de responsabilitate a cărei condiție este, aşa cum am arătat. Aceste două concepte nu sunt nici similare şi nici echivalente, responsabilitatea fiind cuprinsă în capacitatea psihică, dar ele reprezintă două incidențe diferite, juridică şi medicală, ale unei aceleaşi realități psihosociale: psihismul şi persoana umană angrenate într-o acțiune. Capacitatea psihică conferă o dimensiune explicită şi un cadru concret criteriului medical al responsabilității, discernământul.

În cazul adultului, capacitatea psihică se va caracteriza prin normalitatea proceselor şi funcțiilor psihice. În ce priveşte procesele cognitive, ele pot fi exprimate psihometric prin concordanța vârstei mintale cu cea cronologică conform baremelor existente şi universal admise. Comportamental, integritatea capacității psihice este superpozabilă absenței manifestărilor clinice de boală. Din punct de vedere cognitiv se acceptă o capacitate psihică redusă sau limitată în cazul nedezvoltărilor cognitive medii şi grave din oligofrenii (nivelul dezvoltării cognitive reprezentat de obicei prin Q.I. constituind un criteriu orientativ), precum şi în situația deteriorărilor prin regresiune psiho-organică din diferitele afecțiuni psihice simptomatice datorate unor cauze organice (criteriul orientativ va fi în aceste situații gradul deteriorării determinat psihometric şi exprimat prin indici de deteriorare organică). Incapacitatea psihică va rezulta în toate tulburările care efectează nivelul de vigilitate al conştiinței (toate tulburările de tip atât calitativ, cât şi cantitativ), afecțiunile psihotice care distorsionează perceperea şi interpretarea realității prin modalitatea halucinator-delirantă. Aici se



Scanned with OKEN Scanner

includ şi situaţiile în care nivelul cognitiv al conştiinţei nu este dezvoltat, ca în oligofreniile deja amintite, cât şi în regresiunile de tip demenţial.

Practic, putem vorbi de existenţa capacităţii psihice la minorul de 14 ani, vârstă convenţional admisă pentru apariţia discernământului. Conform art.99 C.P., în intervalul 14-16 ani existenţa discernământului va fi afirmată doar dacă ea se va constata prin expertiză, ceea ce înseamnă că existenţa capacităţii psihice (şi deci a discernământului) nu este postulată pentru acest interval de vârstă. Justificarea ştiinţifică a acestui articol de lege corespunde unei realităţi biologice fundamentale, aceea a variabilităţii fenomenelor lumii vii, stabilirea unor intervale convenţional admise ale domeniului medico-legal al minoratului (14-16 ani) corespund unei necesare individualizări a aprecierii medico-legale psihiatrice a capacităţii psihice şi discernământului virtual existente şi între 14-16 ani.

Înainte de a discuta pe scurt concepţia noastră asupra discernământului considerăm necesară examinarea categoriilor juridice de **vinovăţie**, **capacitatea de exerciţiu** şi **capacitatea de răspundere** prin prizma capacităţii psihice, precum şi precizarea noţiunii juridice de **infracţiune**.

Aşa cum am mai spus, condiţia medicală a responsabilităţii este integritatea capacităţii psihice, ceea ce conferă persoanei în stare de deplină capacitate psihică atât capacitatea de exerciţiu, cât şi capacitatea de răspundere. Capacitatea de răspunderee reprezintă, după cum se ştie, aptitudinea de a evalua corect semnificaţia sancţiunilor juridice corespunzătoare faptelor ilicite şi de a suporta urmările negative ale acestor sancţiuni. Capacitatea psihică, virtualitate firească şi împlinire plenară a unei funcţionări psihologice şi sociale optime a individului ca **zoon politikon** furnizează premiza teoretică a evaluării potenţialităţii adaptive psihosociale ale individului. Numai o persoană cu capacitate psihică integră va putea percepe în mod adecvat câmpul social în care îşi desfăşoară existenţa şi îşi va putea reprezenta cu consecvenţă exigenţele societăţii în care trăieşte.

Imputabilitatea unei fapte penale depinde de comiterea ei cu vinovăţie, iar condiţia existenţei vinovăţiei este capacitatea psihică. **Vinovăţia** este, pe de altă parte, conform principiilor dreptului, condiţia juridică a răspunderii (adică a aptitudinii de a accepta, înţelege şi suporta consecinţele penale ale faptei ilicite). Constând în atitudinea psihică a făptuitorului în momentul săvârşirii faptei faţă de conţinutul şi consecinţele ei, vinovăţia presupune doi factori (*Dicţionarul juridic*, 1985):

- factorul *intelectiv* (cunoaşterea semnificaţiei sociale a faptei);



Scanned with OKEN Scanner

- factorul *volitiv* (libertatea de deliberare a deciziei), factori a căror existență cumulativă este obligatorie pentru întrunirea vinovăției şi ca o condiție a răspunderii juridice. Vinovăția se poate manifesta sub două forme: intenția şi culpa. Intenția directă presupune capacitatea de a prevedea rezultatele faptei, acceptarea şi urmărirea lor; intenția indirectă exclude urmărirea activă a rezultatului faptei, dar presupune prevederea şi acceptarea producerii acestuia.

**Culpa** poate consta în neglijență (absența prevederii rezultatului acțiunii, deşi subiectul trebuie să o facă) şi uşurință sau imprudență (subiectul prevede rezultatul acțiunii sale, dar nu îl acceptă, considerând - fără nici un temei - că el nu se va produce).

Am insistat asupra determinărilor **vinovăție-responsabilitate** şi **vinovăție-capacitatea de a răspunde** întrucât, după cum observăm din definiția vinovăției, conținutul ei este de natură psihică, după cum şi conținutul capacității de a răspunde (distinct de cel al responsabilității) este tot de natură psihică.

În ceea ce priveşte **infracțiunea**, aceasta este fapta care prezintă pericol social, constând în încălcarea unei legi penale, în săvârşirea cu vinovăție a unei abateri de la legea penală şi care este sancționată de lege. Pericolul social priveşte latura obiectivă a infracțiunii şi rezidă în lezarea, după cum am arătat, a valorilor sociale fundamentale. Este argumentat în cadrul expertizei de conținutul dosarului penal. A doua caracteristică a infracțiunii - săvârşirea cu vinovăție - priveşte aspectul subiectiv, psihic al actului deviant şi presupune existența unui scop, mobil, precum şi a intenției, termen care în accepțiune juridică înseamnă prezența capacității de a prevedea urmările unei acțiuni ilicite şi consimțirea implicită de a le suporta. Când intenția este absentă, **infracțiunea este din culpă**, adică involuntară, dar păstrează caracterul de penalitate datorită faptului că infractorul trebuia şi putea să prevadă urmările nefaste ale acțiunii sale, dar a considerat lipsit de temei să o facă.

O a treia formă de vinăvăție, pe lângă cea din infracțiune şi infracțiunea din culpă, este **forma mixtă a vinovăției din intenție depăşită (proeterintenția)** care reuneşte în cadrul laturei subiective a unei aceleiaşi infracțiuni atât intenția, cât şi culpa. Infractorul desăvârşeşte o faptă cu intenție şi produce un rezultat mai grav sau în plus față de cel urmărit, intenția inițială fiind depăşită (de exemplu provocarea unui avort ilegal se soldează cu decesul gravidei).

Ne putem da seama că în aplicarea celei de-a doua caracteristici, subiective, a infracțiunii - săvârşirea faptei cu vinovăție - intervine expertul care cercetează condițiile psihopatologice în care se află subiectul şi care i-au influențat sau nu discernământul. Subiectul alienat psihic va fi



Scanned with OKEN Scanner

lipsit de capacitatea de a avea un mobil profitabil, de a sesiza caracterul antisocial al acțiunii sale şi de a realiza consecințele la care se expune.

Reiese cu suficientă claritate **necesitatea şi valoarea operării** cu noțiunea abstractă de capacitate psihică, necesară înțelegerii conținutului **noțiunilor juridice de responsabilitate - vinovăție - capacitate de a răspunde şi capacitate de exercițiu**. Incapacitatea psihică (prin nedezvoltarea completă a personalității în cazul minorului, prin disociere psihotică sau modificare delirantă a personalității, nedezvoltare cognitivă gravă sau demențiere) conduce implicit la iresponsabilitate, cu absența vinovăției şi incapacitatea de exercițiu şi de a răspunde penal, material, social.

Noțiunea de tranziție între limbajul psihiatric, clinico-nosologic şi cel juridic, **discernământul**, ca rezultat al sintezei dintre personalitate şi conştiință, sinteză considerată pentru momentul comiterii unei acțiuni, reprezintă capacitatea şi calitatea unui individ de a delibera asupra acelei acțiuni sau inacțiuni, precum şi a consecințelor ei şi de a-şi organiza motivat activitatea în vederea îndeplinirii acesteia. Discernământul este aplicarea specifică a noțiunii generale de capacitate psihică în situația concretă a unei fapte imputabile care face obiectul expertizei. Cu alte cuvinte, discernământul este capacitatea psihică raportată la un fapt medico-legal.

Discernământul, emanație a celor două mari funcții de sinteză ale psihismului, personalitate şi conştiință, se proiectează într-un moment al existenței persoanei în concordanță cu experiența anterioară de viață, cu toate valențele ei anticipative, cognitive, motivaționale, acționale şi de atitudine etico-morală. În jurul noțiunii de discernământ se structurează teoria şi practica experienței medico-legale psihiatrice, ea fiind operațională în cadrul larg al noțiunii de capacitate psihică pentru şi numai în domeniul prin excelență interdisciplinar al psihiatriei şi medicinii legale care este expertiza.

Aprecierea discernământului depinde de organizarea motivată a faptei, de structura şi gradul de dezvoltare al personalității, precum şi de structura şi integritatea conştiinței în momentul comiterii faptei.

În definiția pe care o adoptăm noi discernământul include implicit conceptul normalității psihice, cuprinzând ca şi în comentarea noțiunii de discernământ de către *Scripcaru, Ciornea* şi *Ianovici* (1979), funcțiile instrumentale, senzoriale, intelectuale (de analiză şi sinteză) indemne ca şi, aşa cum arată autorii citați, "*experiența anterioară de viață, capacitatea anticipării faptelor prin reprezentare şi gândire logică, înțelegerea esenței etice a relațiilor sociale, afectivitate şi voință, precum şi aspirație spre nivelele culturale superioare ce cresc alternativele alegerilor umane*". Discernământul se structurează astfel ca virtualitate



Scanned with OKEN Scanner

adaptativă a persoanei mature şi normale aflate în ipostaza de a rezolva socialmente acceptabil o situaţie conflictuală, ceea ce presupune o corectă şi obiectivă reflectare a realităţii, dar şi opţiune valorică, axiologică (*Predescu, Terbancea, Romilă, Vianu, Dragomirescu*, 1975).

Subiectul aflat într-o astfel de ipostază, va trebui pe baza experienţei anterioare de viaţă să fie capabil de a-şi prezenta conţinutul şi consecinţele faptei sale, care va rezulta din opţiunea între cel puţin două posibilităţi de rezolvare a situaţiei conflictuale respective (*T.Bogdan*, 1973). Această opţiune se va identifica cu opţiunea valorică de discriminare a binelui de rău, legitimului de ilegitim, acceptabilului de reprobabil, umanului de inuman, decurgând dintr-o veritabilă "*analiză a trăirii sentimentului de responsabilitate*" (*T.Bogdan*).

Aprecierea discernământului se materializează în expertiză prin exprimarea prezenţei sau abolirii lui, ceea ce atrage păstrarea sau pierderea responsabilităţii juridice. Dată fiind însă existenţa prevederilor legale în legătură cu individualizarea pedepsei, precum şi datorită faptului că majoritatea cazurilor expertizate se înscriu în sfera largă a patologiei psihice marginale, în care se constată doar o reducere a capacităţii psihice, se acceptă formularea în expertiză şi a discernământului scăzut, sau mai mult scăzut, ca trepte intermediare pe continuumul dintre extremele prezenţei şi abolirii lui. Astfel, art.72 C.P. stipulează că la stabilirea şi aplicarea pedepsei se ţine seama, printre altele, de persoana infractorului şi de împrejurările care atenuează sau agravează răspunderea penală. Pe de altă parte, aşa cum am spus, un mare număr de expertizaţi se înscriu în variatele stări psihopatologice ale marginalităţii psihice: o enumerare incompletă cuprinde în primul rând dezvoltările psihopatice ale personalităţii, stările psihopatoide de dezvoltare şi de regresiune, stările nevrotice şi alte forme clinice de dezvoltare patologică psihogenă a personalităţii, debilităţile mintale uşoare şi intelectele de limită. În majoritatea acestor situaţii, subiectul acţionează fără posibilitatea controlului volitional, axiologic şi etico-moral, ceea ce necesită acceptarea şi utilizarea gradării intermediare a diminuării discernământului în momentul comiterii faptei.

**Bibliografie:**


1. *x x x* : Codul de Procedură Penală, Serv.Monit.Of. şi al Publ.Legisl., Bucureşti, 1993
2. *x x x* : Codul Penal al României, 1993
3. *Myra z Lopez E.:* Psychologie juridique, PUF, Paris,1959
4. *Voinea V.*: Medicină legală psihiatrică, în: Moraru I (ed). Medicină Legală, Ed.Med., 1967
5. *Bogdan T.*: Probleme de psihologie judiciară, Ed.Ştiinţifică. 1973
6. *Bulai C.*: Drept penal, vol.II, Infracţiunea, Universitatea Bucureşti,1981
7. *Dobrinescu I.*: Infracţiuni contra persoanei, Ed.Academiei RSR, 1987




Scanned with OKEN Scanner

8. *Piroyznski T., Scripcaru Gh.*: Despre conținutul medical și juridic al noțiunii de responsabilitate. Neurol., Psih., Neuroch., 1963, VIII, 3, 261-66
9. *Predescu V., Terbancea M., Romilă A., Vianu I., Dragomirescu V.*: Către o teorie a discernământului, Neurol., Psih., Neuroch., 1975, XX, 3
10. *Quai I., Terbancea M., Mărgineanu V., Popa L.*: Intruducere în teoria și practica medico-legală, Dacia, Cluj, 1979
11. *Rubin B.*: Psychiatry and the Law, în: Arieti S.(ed.). Aner.Andb. of Psychiat., Basic Books Inc. Publ., N.York, 1962
12. *Rylander G.*: Forensic Psychiatry in Realtion ro Legislation in Different Countries, în: Psychiatrie der Gegenwart, Band III, Springer, Berlin, 1961
13. *Scripcaru Gh.*: Aportul și limitele probei medico-legale în justiție, IMF Iași, 1975
14. *Scripcaru Gh., Ciomea T., Ianovici N.*: Medicină și drept, Junimea, Iași, 1979
15. *Stoenescu I., Zilberstein S.*: Tratat de drept procesual civil, vol.I-II, Univ. Buc., 1981
16. *Slovenko R.*: Law and Psychiatry, în; Kaplan H.I., Sadock B.J. (eds.), CompresensiveTextbook of Psychiatry, IV, Williams and Wilkins, Baltimore, 1985, vol.II

## SUICID ŞI PRESĂ

Asistent univ. Dr. IOANA MICLUȚIA
Catedra de Psihiatrie
Universitatea de Medicină "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca

Presa constituie în societate una din sursele importante de informație în domenii variate. Devine purtătoare de ideologie prin:

- stabilirea problemelor centrale
- aprecierea conținuturilor
- spargerea tabuurilor.

De felul cum e tratată o anumită problemă în presă depind reverberațiile în populație, atitudinea ulterioară a acesteia.

Problema majoră a celor care alcătuiesc programe de televiziune este "*tocirea*" crescândă, desensibilizarea publicului față de emisiunile constante. Aceasta duce la creşterea intensității stimulilor. Aprecierea criteriilor de succes a programelor televizate se face după cotele de vizionare ale unor programe (problemă actuală în țările cu programe variate, care-şi fac concurență). De aici derivă goana după materiale şi modalități de difuzare, care să suscite maximum de interes.

Există anumite domenii, în care pragul excitației este deosebit de jos: de groază, imagini de oroare, descrierea unor atrocități. Ele trezesc **rapid** şi **sigur** interesul, chiar dacă nu şi plăcerea, ca în emisiunile despre sex. Astfel se explică predilecția pentru transmiterea ştirilor despre: agresiuni, catastrofe, accidente.



Scanned with OKEN Scanner

Ştirile despre bolile psihice fac parte din aceeaşi gamă a senzaţionalului.

Se observă o alternanţă a transmisiunilor despre agresivitate - ca spargere a tabuurilor, trezind compasiune, putere prin delegaţie (modelul *Terminator-Schwarzenneger*), transmit plăcere, alimentează, îmbogăţesc propriile fantasme.

Cu timpul, opinia publică se obişnuieşte şi cu aceste imagini; astfel că se creşte din nou intensitatea stimulilor: masacre filmate în detaliu, băi de sânge, victime marcate de suferinţă, cadavre descărnate şi ciopârţite.

Cu o anumită periodicitate se poate citi în presă că cineva şi-a luat viaţa sau a încercat să-şi ia viaţa. Este vorba în special de reportaje scurte în următoarea formulare: Domul/doamna (nume, prenume, vârstă, domiciliu) a comis suicid. Urmează o descriere detaliată a locului, modalităţii suicidare. Majoritatea anunţurilor sfârşesc aici, altele dau detalii despre o posibilă motivaţie.

Anumite sinucideri trezesc deosebită atenţie:

* cele conectate cu o infracţiune
* suicidul tinerilor
* sinucideri neobişnuite

Reportajele de senzaţie pe această temă sunt prezentate cu titluri de o şchoapă, pe prima pagină.

O analiză minuţioasă efectuată de *Kuess&Hatzinger* în 1986 au relevat că aceste prezentări sunt departe de a fi obiective.

**a)** din felul formulării reiese că un suicid ca urmare a unei depresii, a unei boli somatice grave este de înţeles, acceptat.

**b)** dacă sinuciderea urmează unei certi între parteneri, unor datorii, eşec profesional, suicidantului nu i se acordă înţelegere.

**c)** un act autolitic în continuarea unei infracţiuni este nu numai acceptat, dar văzut ca o consecinţă adecvată şi necesară. Mai mult, uneori cel afectat este condamnat public pentru slăbiciunea sa de a se sustrage prin moarte unei pedepse.

Analizând anunţurile despre suicidul tinerilor frapează modalitatea senzaţională, afectarea, şocul unei astfel de acţiuni, se încearcă imediat să se găsească un ţap ispăşitor.

**Culpa** cade în exclusivitate pe seama părinţilor, şcolii sau societăţii, considerându-se cazul "*rezolvat*" pentru public.

Tocmai modalităţile de relatare despre **suicidul tinerilor** pare problematică. Prin descrierea amănunţită, suicidul este **reproductibil tehnic** şi **emoţional**.

Efectul **imitaţiei**, al posibilităţii de "*învăţare*" a modului de rezolvare a problemelor prin suicid nu sunt de neglijat. Influenţa



Scanned with OKEN Scanner

emisiunilor televizate cu tema suicid a fost amplu studiată, constatându-se o **creştere** a ratelor suicidului la tineri, după difuzare (*Gould&Schaffer* 1986, *Phillips&Carstensen* 1986, *Schmidtke&Hafner* 1986).

Dacă luăm în considerație faptul că presa "***acceptă***", respectiv "***respinge***" anumite suicide, extrapolând la nivelul societății, anumite acte suicidare sunt acceptate sau neacceptate, putem trage concluzia că presa poate influența rata suicidalității.

Unde stă pericolul acestor reportaje? În considerarea majorității suicidelor ca **singura** modalitate de "*rezolvare*" a problemelor cu care se confruntă persoana respectvă.

Dacă un astfel de articol "*apreciativ*" este citit de către o persoană aflată în impas existențial, într-una din cele 3 faze ale dezvoltării suicidare *Poldinger* (respectiv prima şi a doua fază) acelei persoane i se întăreşte convingerea că suicidul este singura cale.

Influența presei în ultima fază a dezvoltării suicidare, a "*liniştii dinaintea furtunii*" - **luării deciziei** este **incertă**.

* Reportajele senzaționale, în care nu se ține seama deloc de păstrarea anonimității, înăspresc situația de criză a familiilor celor decedați prin suicid, îngreunează demersurile de "*autopsie psihologică*".

* O situație similară este şi cazul **suicidului altruist**, în care un membru al familiei, cu delir depresiv de enormitate hotăreşte homicidul celor mai apropiați membri de familie şi apoi suicidul său. Dacă cumva copiii decedează iar persoana care a efectuat homicidul şi parasuicidul supraviețuieşte, aceasta trăieşte ani de zile o situație de criză profundă, în care, nu arareori presa este direct implicată.

O temă favorită: **Televiziunea şi Psihiatria.** Se încearcă a se sugera periculozitatea deosebită a bolnavilor psihici.

*Exemple*: - tentativă de asasinare asupra candidatului la cancelariatul RFG - Oskar Lafontaine, săvârşită de către o schizofrenă;

atentatul unui drogat asupra ministrului de interne a RFG - Schobele.

Difuzarea reportajelor la TV germană în aceste 2 cazuri s-a produs deosebit de obiectiv, dorindu-se a se preveni un val de discriminări a pacienților psihici.

Problema **agresivității şi mass media** prezintă 2 aspecte:

* cel al heteroagresivității, care va fi discutat cu altă ocazie

* cel al comportamentului autoagresiv, pe care vom încerca să-l lămurim acum.

Vom discuta efectul declanşator al unor gesturi suicidare prin model imitativ. Deja în 1910, Societatea vieneză de psihanaliză ridică problema influenței presei asupra suicidului la elevi. Literatura psihiatrică remarcă:

**A) MODELELE FICTIVE**



Scanned with OKEN Scanner

## B) MODELELE REALE

Modelele fictive sunt ilustrate cum nu se poate mai bine de "*Suferința tânărului Werther*" de *Goethe*. Acest roman a declanşat un val de sinucideri prin împuşcare în rândul intelectualilor din țările de nord şi central europene. Ca urmare, romanul a fost interzis în Danemarca, Sachsonia, Milano. Pasajele narative despre dorul de propria moarte sunt descrise foarte dramatic, impresionând profund. Îmbrăcămintea lui Werther - frac albastru, cu nasturi din alamă, vestă galbenă, păr pudrat, a fost ținuta la modă a ultimului sfert al secolului 18. Prin "*efect Werther*" s-a încetățenit acest model suicidar.

Carstensen analizează efectul difuzării unor emisiuni, care oferă modele fictive de suicid în perioada 1973-1979 în SUA. În cele 7 zile ce urmează difuzării emisiunii s-a înregistrat cote semnificativ mai ridicate de suicid, decât valorile preconizate. Populația afectată: preponderent adolescenți.

*Ellis&Walsh* analizează la Londra efectul serialului "*eastenders*", în care eroul ingerează hipnotice.

Voi insista asupra exemplului celebru al unui model fictiv: difuzarea în 2 rânduri a serialului în 6 episoade "*Moartea unui elev*", de către ZDF. Pe genericul fiecărui episod se arată un tren care frânează şi cadavrul elevului Klaus. Serialul se difuzează prima dată duminică la orele 20:15, oră de maximă receptare. Fiecare episod prezintă puncte de vedere diferite: părinți, educatori, colegi, prietena elevului Klaus.

Modelul cvasiexperimental întruneşte condițiile identificării unui mare număr de tineri între 18-19 ani, băieți; metoda aleasă: aruncarea în fața trenului.

La prima difuzare, serialul a antrenat un val impresionant de sinucideri. Un an mai târziu, printr-un comentariu corect, difuzare la alte ore - rata suicidalității a rămas uşor crescută.

**Modelele reale.** *Phillips* a făcut un studiu asupra reportajelor despre sinuciderile unor personalități. A observat o creştere a ratelor suicidului direct proporțională cu celebritatea persoanelor în cauză. Ca exemple sunt citate: Marilyn Monroe, Ernest Heminhway.

Un caz recent este decesul solistului vocal al formației Nirvana Kurt Cobain; are loc o mediatizare asiduă a video-clipurilor sale pe MTV; cazul a fost luat în discuție de suicidologi experimentați la recentul Congres al IASP Veneția 1995.

Este arhicunoscut exemplul studiului Centrului de Intervenție în Criză din Viena, care a analizat modalitățile de relatare asupra sinuciderilor din metroul vienez, influența presei asupra suicidului şi scăderea cu peste 60% a sinuciderilor din metrou după conlucrarea specialiştilor suicidologi cu presa.



Scanned with OKEN Scanner

Vom trece în revistă câteva exemple din presa românească:

* Încă de la începuturile sale, cotidianul Evenimentul Zilei a suscitat un larg interes: politică, ştiri mondene, sex, sport. Îmi amintesc de un număr, în care pe prima pagină e fotografiat un reporter chilian decedat prin spânzurare, arătat ca atare. Urmează un amplu reportaj cu nume, situație matrimonială, posibile cauze, fotografia scrisorii de adio adresată soției.

* În acelaşi cotidian este anunțată pe 5 rânduri sinuciderea unei tinere, după eşecul a 10 logodne, considerat ca singură cauză a gestului disperat.

* Un reporter se sinucide. Presa nu ezită să publice scrisoarea de adio reieşind un tipic proces de dezvoltare suicidară ignorat chiar de către colegii de beaslă pentru mult timp.

* Un erou al revoluției îşi pune capăt zilelor. Din nou, presa aduce acuze vehemente societății.

* Fenomenul suicidalității în armată a recruților este îngrijorător în ultimul timp. Reportaje periodice relevă acest fapt. Nu puțini au rămas îngroziți de următoarele scene: la Actualități se anunță dezertarea unui soldat înarmat, care a împuşcat în cap un cetățean din Lăpuşel. Se atrage atenția că este deosebit de periculos şi că este înarmat. Până aici toate bune. După 2 zile urmează epilogul: un reportaj la aceeaşi emisiune, în care se arată deznodământul - soldatul se împuşcă în cap cu arma. Camera video insistă tendențios asupra victimei: o țeastă însângerată, cu maxilarul sfârtecat, creierii la vedere. Scena este extrem de lungă, indecent de insistentă, abordată din mai multe unghiuri. Şi exemplificările ar putea continua.

**CONCLUZII:**

Oricât de impresionante ar fi faptele, nu putem incrimina presa va factor cauzator al sinuciderilor. Orice suicidolog, şi nu numai, e conştient de **multifactorialitatea** acestui fenomen.

*Heinz Hafner* propune 2 explicații concurențiale în problema influenței mass media asupra sinuciderilor:

- **efectul Durkheim** - adică prin imitația modelelor de suicid s-ar declanşa gesturi intenționate mai demult, fără să producă cazuri suplimentare de suicid.
- **efectul Bonnie & Clyde** - presupune translația de la metoda inițială spre o altă metodă suicidară dovedită mult mai eficientă prin model. Şi aici e vorba de o constanță fără echivoc a fenomenului autolitic.

Modelele fictive, întrunind toate exigențele unor modele experimentale au demonstrat fără echivoc o creştere a ratei suicidului.



Scanned with OKEN Scanner

Există la un moment dat în populație un număr de persoane cu o susceptibilitate deosebită pentru gesturile suicidare. Cauza poate să fie o tulburare depresivă sau un eveniment de viață traumatizant.

Sinuciderile sau parasuicidurile, care depășesc cotele de expectanță firești s-ar datora impulsului dat de model, se poate presupune că nu s-ar fi ajuns la moarte fără acest factor declanșator.

Emisiunile televizate, furnizate unui mare număr de oameni în intimitatea lor sunt în mod evident un mijloc uriaș de influențare atât a opiniei publice cât și a comportamentului acesteia.

În final, îmi permit să citez câteva din recomandările *Grupului de Prevenție a suicidului din Viena*, condus de reputatul suicidolog *Prof. Dr. Gernot Sonneck*, președintele actual al IASP, discipolul regretatului *Prof. Erwin Ringel*.

**RECOMANDĂRI PENTRU PRESĂ**:

Suicidul poate fi privit de o persoană "*îngustată suicidal*" ca o soluție și "*ușurare*" dacă:

* sunt oferite detalii concrete asupra metodei suicidare
* suicidul e descris ca "*neînțeles*" (avea tot ce viața îi putea oferi)
* se adresează unor *grupuri largi*, persoanele respective simțindu-se vizate
* sunt prezentate *motive romanțate* (uniți pe veci)
* se fac simplificări

Atenția este augmentată de:

* reportaje pe prima pagină
* titlu mare, incluzând termenul "*suicid*"
* fotografia persoanei respective
* atitudinea suicidarului e etichetată ca eroică, singulară (în situația în care se afla era, desigur, singura cale)

Efectul **tigger** e <u>diminuat</u>:

- de enunțarea unor **alternative clare**
- de reportaje care arată metode de **confruntare favorabilă**
- de **informații** despre modalități concrete de ajutor în situații de impas
- prin informarea opiniei publice asupra **fenomenelor de fond**, care determină acte suicidare: depresie, solitudine, modificări de comportament
- prin recunoașterea timpurie a unor **indicii**, care ar atrage atenția asupra unui viitor act suicidar (dorința exprimată de a muri, mesaje, testament).

Articolul de față are menirea de a sensibiliza despre efectele negative, consecințe și nicidecum să blameze o altă categorie profesională. Chiar psihiatri știu poate cel mai bine că mass media este și un mijloc salvator sau că ei înșiși pot avea efect iatrogen suicidogen.



Scanned with OKEN Scanner

# DE LA NEGLIJARE PEDAGOGICĂ LA DELINCVENȚA MANIFESTĂ. CU REFERIRE LA MINORI.

Prof. Dr. C. ROMANESCU, Dr. ADRIANA PANAITESCU,
Dr. ANA-MARIA GRIGORESCU
Clinica Psihiatrică "Socola" Iaşi

Încă din opera interesantului gânditor şi scriitor care a fost *I.Ghica* desprindem ideea afirmată cu tristeţe că neglijarea pedagogică a minorului, în special din mediile urbane constituie pentru ţara noastră o problemă esenţială. Nu este cazul să mai repetăm alte afirmaţii în acelaşi sens, care reflectă nu numai observaţii aparţinând unor diletanţi, ci şi adevărate studii întreprinse de *Spiru Haret* mai târziu şi în zilele noastre de *St.Bîrsănescu* şi *I.Străchinaru* şi alţii.

Experienţa noastră ne demostrează că majoritatea cazurilor prezintă deviere comportamentală gravă şi necesită expertiză medico-legală sunt legate la originea lor de o eroare pedagogică; cea mai frecventă eroare pedagogică întâlnită în ţara noastră suntem convinşi că este neglijarea pedagogică pe care o înţelegem în două feluri:

**a)** neglijarea familială care devine evidentă în primii ani de viaţă favorizată de nivelul educaţional scăzut al mediului şi de necesitatea mamei de a desfăşura o activitate în producţie

**b)** neglijarea pedagogică propriu-zisă. La acest subpunct insistăm asupra indiferenţei manifestate aproape oficial faţă de majoritatea copiilor aflaţi la şcoală printr-un procedeu care din punct de vedere medico-pedagogic ni se pare total contraindicat: goana precipitată după o minoritate de elevi care pot justifica existenţa unui anume grup şcolar şi lăsarea într-o umbră vinovată a majorităţii copiilor a căror prezenţă în şcoală este pur formală. Ajungem astfel în situaţia de a avea **analfabeţi - alfabetizaţi**.

Desigur, pe lângă aceste categorii pe care le-am menţionat ca fiind cele mai exemplificatoare, la crearea unui profil robot al adolescentului delincvent concură şi alte elemente educative pentru a nu mai aminti de alte categorii, dar aici insistăm asupra factorilor pe care-i considerăm majori.

Din punct de vedere psihopatologic noi considerăm că manifestările determinate de neglijenţa educaţională favorizează tendinţele latente ale personalităţii adolescentului, ele permiţând mai rareori introducerea într-o lume interiorizată, retrasă, intimistă, autistă chiar şi prin urmare schizofrenică. Chiar prin dezinserţie pedagogică, pe



Scanned with OKEN Scanner

de altă parte, prin acelaşi resort al impulsului personalităţii putându-se realiza manifestări opuse, de negativism, comportament absurd, reacţii antisociale ş.a.m.d.

Aşa cum am mai observat în câteva din lucrările anterioare, elementul esenţial care afectează dezvoltarea adolescentului este **dezinserţia sa de timpul prezent**. Adolescentul este un personaj interesat exclusiv de devenire, de viitor, obsedat în aceeaşi măsură de a nu mai fi considerat copil (adolescentul întoarce spatele copilului care a fost) şi de ideea de a câştiga cât mai rapid statutul de adult, de om matur. Acest resort psihologic trebuie înţeles de pedagogi şi de medici, el fiind probabil cheia care permite accesul la personalitatea adolescentului. De altfel autori contemporani cum sunt *Kritschley* şi colaboratorii săi, în capitolele denumite "*Adolescents psychiatry*" şi "*children' s psychiatry*", insistă asupra sentimentului de derealizare al adolescentului care trăieşte în viitor.

Bineînţeles că aceeaşi neglijenţă permite şi fenomene foarte maligne, uneori de asociere în grup, semnalată de acum cinci decenii de *Blumenfields* şi apoi de *Străchinaru*, prin lucrări care au constituit adevărate avertismente de viitor. Găsim în *S.Blumenfield* o frază ca aceasta: "*promovarea spirituală a României constă în modul în care vom reuşi să dereglăm tendinţa de asociere distructivă a copiilor şi adolescenţilor în grupări cooperatiste de creaţie, în şcoli de meserii, în meşteşuguri*".

Am observat şi insistat de nenumărate ori ca, în cadrul procesului de şcolarizare, adolescentul neglijat de mediu şi de şcolarizarea inadecvată, este de fapt neglijat şi de progresul care nu este acomodat cu profilul psihologiei vârstei. Majoritatea expunerilor anoste care nu antrenează şi interesul afectiv al acestor persoane, rămân o tentativă de la început eşuată, atât în informarea cât şi în formarea tânărului. Avem numeroase cazuri care pe această cale duc la omisie şcolară, la dezinteres total faţă de şcoală sau chiar la acte cu caracter ostil, împotriva şcolii.

Patologia medico-legală la această vârstă reflectă direct cele menţionate anterior. În cea mai mare parte a cazurilor de delincvenţă juvenilă, întâlnim:

**1.**- neglijarea educativă, fie prin defect de educaţie (care poate fi şi supraeducaţie), fie prin neglijare propriu-zisă.

**2.**- neglijarea instruirii afective

**3.**- neglijarea timpului liber al adolescentului, care în general este anulat prin zile prea încărcate de teme.



Scanned with OKEN Scanner

Abandonul familial, demisia şcolară, fuga de acasă (fuga "*de*" nu "*spre*"), constituie reacţii aproape funcţionale pe care însă se dezvoltă într-o adevărată hiperbolă, un evantai diferit de acte medico-legale.

Studiind cazuistica de care dispunem pe un lot de 1.000 de adolescenţi internaţi pentru probleme conflictuale, inclusiv medico-legale, am formulat următoarea schemă, care reprezintă cu claritate ideea enunţată de noi, a corelării directe dintre deficienţa educaţională şi efectul său medico-legal. Rămâne o întrebare - se poate transforma carenţa educativă în patologie psihiatrică? Răspunsul, după experienţa noastră, este oarecum nuanţat: în cazul în care se constată o situaţie morbidă preexistentă (linia ereditară), neglijenţa pedagogică dezvoltă, până la a provoca trăsături morbide - credem chiar în psihotizare pe această linie; în majoritatea cazurilor cu antecedente indemne fără îndoială că neglijarea educativă, constituie un factor de certă intrare în psihopatologia adolescentului.

## CONOTAŢII INTEROGATIVE PRIVIND VALOAREA ŞI LIMITELE EXPERTIZEI MEDICO-MILITARE PSIHIATRICE

Col.Dr. M.D.GHEORGHE, Dr. D.VASILE, Dr. GH.CLEJAN,
Dr. GABRIELA GRIGORESCU
Clinica de Psihiatrie - Spitalul Militar Central Bucureşti

Considerată ca un univers esenţial sociologic, colectiv şi constituţional, instituţia militară este un ansamblu riguros organizat şi constituit din indivizi (ofiţeri, subofiţeri, soldaţi) relaţionaţi ierarhic şi care îşi îndeplinesc sarcinile în spaţii caracteristice (unităţi militare), efectuând activităţi specifice prin intermediul unor mijloace proprii (pregătire specială, tehnică militară).

Organizarea unei astfel de instituţii se realizează pe baza unor regulamente şi legi proprii a căror respectare trebuie realizată conştient şi necondiţionat.

Profundele transformări socio-economice cu care se confruntă societatea românească în prezent au penetrat şi la nivelul mediului militar ca o dovadă suplimentară a caracterului integrativ şi corelativ al acestuia cu socialul în general. Acest aspect se reflectă în problematicile cu totul particulare cu care este confruntat "*homo militaris*" în condiţiile distorsiunilor sociale actuale. Prima consecinţă cu conotaţie psihologică şi psihopatologică este apariţia unor veritabile crize existenţiale cu perturbări şi disfuncţionalităţi în interiorul unei instituţii care prin definiţie refuză acceptarea lor. Prima modalitate de exprimare a acestei crize



Scanned with OKEN Scanner

este inadaptarea. Dacă în mediul civil acest fenomen poate fi tolerat şi analizat, în mediul militar el este inacceptat şi apreciat, etichetat ca o încălcare a normelor specifice după care funcţionează acest mediu. Adaptarea, ca fenomen comportamental, la mediul militar semnifică renunţarea conştientă şi deliberată la propria individualitate, la libertatea decizională şi la iniţiativă, având semnificaţia unui compromis între exigenţele individuale şi cele ale acestei instituţii.

Inadaptarea la mediul militar se poate traduce fie prin tulburări ale conduitei, fie prin apariţia unor veritabile stări patologice. Ea semnifică o perturbare la nivel psihologic, psihofiziologic sau sociologic cu consecinţe imediate la nivel individual şi colectiv. De aceea principala problemă a psihiatriei militare, în timp de pace, este aceea a selecţiei şi a analizei cazurilor de inadapatare la specificul, caracteristicile şi pretenţiile mediului militar. Această activitate a căpătat dimensiuni noi în condiţiile sociale şi de asistenţă medicală actuale. Ele favorizează o selecţie şi expertiza medicală nesatisfăcătoare primordial fiind "*aspectul cantitativ*" neglijându-se sau ignorându-se caracteristicile bio-psihologice ale unui tânăr predispus prin structură să developeze tulburări dezadaptive şi să fie superficial etichetat ca un "*soldat problemă*". Într-o astfel de situaţie mediul militar are valoare revelatorie constituind un adevărat "*banc de probă*". Majoritatea tulburărilor de conduită sesizate de psihiatrii militari sunt remarcate cel mai adesea în primele trei luni ale stagiului militar. Valoarea pozitivă a acestei constatări este însuşită şi atribuită activităţii expertale medico-militare. Această afirmaţie se bazează pe observaţia că expertiza psihiatrică efectuată la tinerii cu tulburări dezadaptive se constituie într-o premieră a vieţii lor. La sfârşitul anului 1996 psihiatrii militari, ca factori medicali de constatare, mai depistează tineri care prezentau caracteristici structurale particulare şi care impuneau asistenţa psihiatrică. Din motive obiective sau subiective, cu ocazia efectuării stagiului militar aceştia suportă o primă evaluare psihiatrică. Negativ este că această evaluare este impusă de una dintre formele de manifestare ale conduitei dezadaptive (comportament auto sau heteroagresiv, dezertare, abuz de alcool şi droguri etc). Conotaţia negativă a acestor evaluări rezidă din aceea că manifestările dezadaptive sunt incongruente cu mediul în care ele se manifestă, aceasta aducându-l pe tânăr în faţa instanţelor şi legilor militare.

Din aceste consideraţii afirmăm că pentru activitatea de expertiză psihiatrică este de dorit ca cea medico-militară să fie precedată de evaluări psihologice şi/sau psihiatrice anterioare ca o măsură profilactică dar şi de individualizare şi implicit de colaborare interdisciplinară. Experienţa noastră pe linie expertală ne-a demostrat că inadaptarea la mediul militar nu se constituie într-o modalitate singulară a



Scanned with OKEN Scanner

comportamentului deviant, cel mai adesea fiind asociată unui trecut marcat de eşecuri (şcolar, familial, profesional, juridic). Analiza tuturor datelor statistice cât şi experienţa noatră în domeniu sugerează că principalii factori de risc pentru un comportament dezadaptiv în mediul militar sunt:

**1.** Proveniența individului dintr-un mediu familial dezorganizat carențat educațional şi afectiv (model negativ al cuplului parental, etilism etc.)

**2.** Fugi repetate din mediul familial şi şcolar (sub vârsta de 15 ani)

**3.** Comiterea de acte antisociale neglijate anterior recrutării: instabilitate psihomotorie, iritabilitate şi irascibilitate, acte de auto şi heteroagresivitate, antecedente de traumatisme craniocerebrale

**5.** Nivel de şcolarizare mai mic de 10 clase cu rezultate mediocre

**6.** Confruntări cu multiple situații de viață psihostresante (deces, boli grave ale rudelor apropiate, schimbări bruşte ale modului de viață familial, social şi profesional)

**7.** Schimbarea statutului social, lipsa perspectivei (şomaj)

**8.** Creşterea responsabilității față de propria familie (căsătorie, apariția copiilor înaintea satisfacerii stagiului militar)

**9.** Existența unor interferențe toxicofile

**10**. Apartenența la diferite culte religioase.

Perioada optimă de developare a unui comportament dezadaptiv este în primele 3 luni de stagiu militar (în special pentru comportamentul auto şi heteroagresiv cât şi pentru debutul unor stări patologice cum ar fi tulburări de anxietate, depresive, debut discordant) şi la sfârşitul stagiului militar (dezertarea). Fiecare din aceste manifestări cât şi circumstanțele în care ele apar impun evaluări psihiatrice adecvate. Analizele noatre referitoare la aceste cazuri ne-au demonstrat la modul dramatic că şi în prezent nu există informații psihologice şi psihiatrice anterior incorporării şi că deşi ele prezentau factorii de risc anterior menționați nu au suportat o evaluare corespunzătoare la nivelul instituțiilor abilitate să o efectueze. Aceste minusuri sunt receptate şi reflectate nemijlocit asupra mediului militar şi ele se constituie într-o activitate suplimentară, supradimensionată a comisiilor de expertiză psihiatrică din spitalele militare. În felul acesta, avându-se în vedere condițiile actuale, domeniul de activitate al psihiatriei militare a devenit tridimensional:

**a)** de selecție la recrutare (pentru compensarea activității deficitare de la nivelul centrelor militare teritoriale)

**b)** de asistență calificată a cazurilor de îmbolnăvire psihică apărute în timpul satisfacerii stagiului militar

**c)** de menținere a unei stări psihice corespunzătoare a tuturor militarilor

Scanned with OKEN Scanner

Dacă ne referim la domeniul de selecție atunci este suficient să afirmăm că încă secțiile de psihiatrie din spitalele militare au expertat cazuri care au primit diagnosticul de oligofrenie, tulburări grave de personalitate şi care penetraseră primul filtru de selecție efectuat la nivelul centrelor militare teritoriale. Această neglijență s-a reflectat imediat în apariția unor tulburări dezadaptive care au fost sever sancționate de mediul militar impunând expertize medico-militare şi medico-legale.

Analiza comportamentului autoagresiv ca manifestare dezadaptivă evidențiat de mediul militar este sugestia. S-a observat o dublare a numărului de cazuri cu comportament autoagresiv în anul 1995 față de anul 1992, cauzele fiind de ordin general (scăderea nivelului de trai) şi personal (perceperea mediului militar ca ostil, marcat de frustări şi renunțări). Majoritatea cazurilor provin din mediul rural, familii disociate vârsta medie de 20 ani, necăsătoriți, anterior cu o slabă inserție socială, rezultate şcolare mediocre. Majoritatea dintre aceştia aveau tulburări de conduită din copilărie prelungite şi în timpul stagiului militar, fiind favorizate şi de existența consumului de etanol. Mai severă este observația că un procent extrem de important mai prezentase un gest autoagresiv ignorat sau minimalizat. Analiza acestor cazuri a reliefat că modalitatea cea mai frecventă de realizare a comportamentului autoagresiv a fost prin autoagresiune fizică (plăgi tăiate) şi prin ingestie voluntară medicamentoasă (tranchilizante, antidepresive, antiinflamatorii, antibiotice, pesticide). Autoagresiunile prin împuşcare, strangulare defenestrare au o frecvență mult mai mică față de celelalte tipuri, ele fiind motivate prin crize existențiale majore sau halucinator-delirant.

Demersul psihiatric al acestor cazuri a permis realizarea unor corelații psihopatologice. Cel mai frecvent diagnostic psihiatric stabilit a fost cel de tulburare a personalității (model pasiv-agresiv, dependent, evitant), urmat de cel de debut sindrom discordant şi episod depresiv major.

În instituția militară comportamentul autoagresiv, ca un paradox, are o semnificație şi periculozitate mai mare pentru individ decât pentru mediul în interiorul căruia el este comis (cu excepția suicidului). Pentru aceiaşi instituție semnificație deosebită o are dezertarea, altfel mult mai benignă pentru individul care o comite. Studiul circumstanțelor temporo-spațiale în care se produce dezertarea ne arată că această conduită este mai frecventă în momentul permisiilor de sărbători, vara în orele de repaus şi în anumite tipuri de unități militare. Dezertarea se poate produce din motive dependente de instituția militară cât şi din circumstanțe particulare ignorate de instituție.



Scanned with OKEN Scanner

Deşi deosebite prin consecinţe pentru individ şi mediul militar cele două tipuri de manifestări dezadaptive au aceiaşi finalitate: expertiza medico-militară psihiatrică şi stabilirea viitoarelor raporturi între individ şi instituţie.

Rezultă nemijlocit că în situaţiile prezentate expertiza medico-militară psihiatrică are în principal valoare constatatorie şi numai în secundar preventivă prin eliminarea cazurilor respective. Considerăm că normală ar fi o situaţie inversă cu atât mai mult cu cât instituţia militară suportă în prezent transformări radicale, îşi diversifică misiunile şi are ca scop la distanţă pregătirea pentru situaţii limită.

Noi considerăm că psihiatria militară trebuie privită ca un segment al psihiatriei comunitare în interiorul căreia activitatea informativă trebuie să aibe un caracter dinamic bidirecţional. Aceasta ajută la cunoaşterea cognitivă şi structurală a subiectului comun asupra căruia trebuie intervenit şi care este fiinţa umană. De asemenea apreciem ca negativ faptul că în interiorul instituţiei militare au loc în premieră evaluări psihiatrice. Aceasta este o explicaţie a sesizărilor nefundamentate că "în armată" oamenii se îmbolnăvesc psihic. Se ignoră faptul că această instituţie este de altfel un segment al societăţii noastre aflată în confruntare şi ea cu toate problemele şi transformările acesteia.

## REPERE ISTORICE ŞI TRADIŢIE EUROPEANĂ ÎN PSIHIATRIA JUDICIARĂ

Şef de lucrări Dr. D. PRELIPCEANU
Clinica de Psihiatrie Bucureşti

Evoluţia concepţiilor etiologice ale bolii psihice s-a reflectat şi în atitudinea societăţii faţă de bolnavii psihici periculoşi. Dacă în eopca primitivă sau sclavagistă aceştia beneficiau de o protecţie de cult izvorâtă din credinţele magice faţă de boala psihică, în epoca obscurantismului medieval ei erau supuşi supliciilor publice, chiar arderii pe rug. *Papa Inocenţiu al VIII-lea* emitea astfel o bulă prin care legifera pedepsirea celor care "*se lasă de bună voie stăpâniţi de diavol*". *Hippocrat, Soranus din Efes, Avicenna,* sunt primii medici care resping demonomania, formulând concepţii cu caracter ştiinţific, materialist (la nivelul epocii antice şi evului mediu timpuriu în care au trăit), iar *Paul Zachias*, protomedic al Papei, elaborează în sec.XVI lucrarea "***Quaestiones medicolegales***" care poate fi considerată primul tratat de psihiatrie judiciară. *Zachias* vorbea în cartea sa despre consecinţele medico-



Scanned with OKEN Scanner

legale ale bolilor psihice, despre capacitatea civilă şi formula unele principii, valabile în esenţă şi astăzi, asupra responsabilităţii bolnavului psihic sau valabilităţii şi redactării actelor medico-legale. Un secol mai târziu - în periada iluminismului - *Pinel, Chiarugi, Tuke, Conolly* şi apoi, în America, *Dorothea Dix* vor traduce în practică principiile acestor precursori ai psihiatriei medicale.

Exonerarea de răspundere penală a bolnavului psihic infractor face parte din tradiţia dreptului. Astfel dreptul roman considera neresponsabili pe cei incapabili de a-şi înţelege sensul acţiunilor (**nullum habent intellectum**), categorie în care erau incluşi alături de copiii sub 7 ani şi bolnavii psihici agitaţi. În sec. XIV legea britanică socotea "*nebunia*" ca o apărare totală de pedeapsa penală, iar în 1480 o curte din Stockholm achita un criminal pentru motivul că era psihotic. Dintr-o necesitate practică juriştii au încercat astfel să definească boala psihică în scopul clarificării modului de a stabili responsabilitatea. În 1295 *Bracton*, teolog şi jurist britanic, definea drept "*nebun*" acel om care nu ştia ce face pentru că este "*lipsit de minte şi raţiune*", pe când actul de "*felonie*" presupune totdeauna "*reaua intenţie*". Influenţat de dreptul roman el introduce în legislaţia engleză conceptul de **mens rea** care va deveni obligator mai târziu în clarificarea juridică a crimei şi care semnifică obligativitatea intenţiei în comiterea crimei. Este premiza teoretizării incapacităţii criminale a bolnavului psihic pentru care absenţa, din cauză de boală, a posibilităţii de a delibera şi de a percepe caracterul ilicit al acţiunii sale, îl face lipsit de discernământ, deci de responsabilitate.

*Mathew Hale*, la sfârşitul sec.XVII (1676), precizează: "*consimţământul conştient al voinţei face acţiunea umană lăudabilă sau culpabilă*". El aduce indirect în discuţie latura motivaţională a acţiunii umane, pentru ca *Hawkins*, o sută de ani mai târziu, afirmând că o persoană aflată "*în incapacitate de a distinge între bine şi rău*" nu poate fi pedepsită, să sublinieze aspectul conştiinţei morale. În Rusia şi Ucrania exista în sec.XI *legea lui Vladimir* care conţinea şi unele articole privitoare la bolnavii psihici: copiii care aveau părinţi bolnavi psihici trebuiau să aibă tutore, bolnavii psihici nu puteau fi martori la judecată, la care *Iaroslav*, succesorul cneazului Vladimir, adaugă un alt articol: divorţul nu este admis dacă unul din soţi suferă de o boală psihică. Una din primele expertize psihiatrice judiciare este cea din 1690, semnată de medicii *Karbanareos, Ivan Alekseev* şi *Iacob Pilareu* şi care privea un bolnav cu delir de filiaţie ce pretindea că este fiul ţarului. Această expertiză a indicat şi o măsură medicală de siguranţă (în accepţiunea actuală a noţiunii), recomandând internarea acestuia într-o mănăstire lângă Moscova. *Alexandru I* (1801) a legiferat efectuarea expertizelor, emiţând o lege care specifică faptul că "*pentru bolnavii psihici nu există*



Scanned with OKEN Scanner

*judecată, nici lege*". În Franța fundamentele psihiatriei judiciare se leagă de numele unor clasici ai psihiatriei. Astfel *Esquirol* în principal, alături de *J.Falret* şi *Morel* sunt inițiatorii legii de la 30 iunie 1838 asupra internărilor obligatorii a bolnavilor psihici periculoşi pentru ei sau pentru societate. Legislația franceză prin art.64 al *Codului Napoleon* (1810) specifică reglementări juridice privitoare la bolnavul psihic din care se inspiră şi jurisprudențele de astăzi. Alți psihiatri de renume au avut preocupări şi contribuții în acest domeniu: *Régis, Claude, Aschaffenburg, Grühle, Lange, Korsakov, Isaac Ray, Serbski, Gannuşkin, Kandinski, Gurevici, Sullivan*. În 1843, în urma judecării scoțianului McNaghten (McNaughton) se formulează în Anglia normele (regulile) care-i poartă numele, considerate ca adevărate principii moderne ale psihiatriei judiciare (*Watson*,1980).Daniel McNaghten a fost judecat pentru împuşcarea secretarului primului ministru britanic, faptă motivată delirant în cadrul unui delir paranoic de persecuție şi a fost declarat iresponsabil şi achitat în urma examinării sale de către nouă medici care au constatat că suferă de o boală psihică, ce îi alterase capacitatea de a distinge între bine şi rău şi de a înşelege consecințele actului său. El a fost internat într-un azil unde şi-a petrecut ultimii 22 de ani ai vieții. În urma acestui proces, care a suscitat vii dezbateri în Camera Lozilor, un consiliu de 15 judecători a reexaminat cazul - la cererea reginei Victoria - enunțând aşa-zisele reguli ale lui Mc Naghten ("***Mc Naghten rules***"). Acestea specifică necesitatea prezumată a integrității mentale a oricărui individ supus unei judecăți până la dovedirea contrariului, iar dacă apărarea sa se sprijină pe motivul "*nebuniei*" ("***insanity***") aceasta trebuie în mod clar probată pentru momentul comiterii faptei astfel încât suferința psihică să fie cauza "*nerecunoaşterii naturii şi calității faptei respective*"; dacă fapta a fost comisă cu păstrarea "*capacității de a recunoaşte*", acuzatul "*să nu ştie că ceea ce face este rău*" (*Slovenko*, 1985).

Primele forme. rudimentare, de asistență a bolnavilor psihici care comiseseră acte antisociale sunt menționate în țara noastră în sec.XVII şi constau în ceea ce astăzi s-ar numi "*plasament familial*". Aceşti bolnavi erau încredințați spre supraveghere propriilor familii, atitudinea față de bolnavii psihici în general fiind tolerantă la poporul român. Bolnavii psihici erau îngrijiți în "*bolnițele*" mănăstireşti (Jitia-Doj, Curtea de Argeş, Bistrița-Horezu, Țigăneşti, Cernica, Snagov, biseria Madona Dudu - Craiova etc), dar - în pofida concepției demonologice specifice epocii - preoții şi călugării români aveau față de ei o atitudine calificate de arhiepiscopul catolic *Marcus Bandinus*, care ne vizitase țara, drept "*blândă în a adjura pe drac*" (*Codex Baudinus*, 1646). În aceeaşi perioadă apar şi primele legislații autohtone (*pravile*) în care era codificat regimul juridic al bolnavilor psihici care comiteau acte antisociale, ca şi



Scanned with OKEN Scanner

cel al practicii dedicale în general. Prima dintre acestea este pravila tipărită în tiparnița *mănăstirii Govora* (1640), urmată de cea a lui *Vasile Lupu* (1646) şi *Matei Basarab* ("*Îndreptarea legii*, 1652). În legile turceşti privitoare la Dobrogea exista de asemenea o pravilă care privea bolnavii psihici. Aceste pravile reglementau necesitatea confirmării bolii de către "*vraci*" şi a tratării infractorilor alienați în condiții de siguranță: "*Răufăcătorii alienați să fie examinați de vraci din punctul de vedere al stării lor mintale, să nu fie pedepsiți, dar să nu fie puşi în libertate, să fie supravegheați tot timpul până la vindecare*" (*pravila lui Matei Basarab*). Se menționează atitudinea în mod necesar diferențiată a administrării şi dozării pedepsei în raport cu evoluția discontinuă, fazică a ceea ce constituiau desigur episoadele psihotice endogene (afective sau schizofrenice): "*cel care devine nebun, dar a cărui nebunie nu durează încontinuu, adică în stare conştientă, va fi pedepsit conform legilor, ca oricare om sănătos. Dacă există însă îndoială, judecătorul, după adâncă chibzuință, va hotărî dacă este cazul să nu fie pedepsit. Pedeapsa celui nebun să fie micşorată de judecător sau să absolve de pedeapsă pe nebunul care făcându-se bine a comis crima pe când era nebun. Dacă cineva e nebun sau lipsit de minte şi ucide, ca de exemplu un tată care omoară pe fiul său, nu va fi pedepsit, deoarece pedeapsa de a fi nebun îi ajunge*". Se avea în vedere posibilitatea simulării bolii psihice şi necesitatea diagnosticării acesteia, ca şi sugestibilitatea crescută a bolnavului psihic: "*Acela care simulează nebunia pentru a se sustrage pedepsei va fi pedepsit după pravilele în vigoare şi pentru ca judecătorul să recunoască dacă este cu adevărat sau nu nebun îi va pune chestiuni numeroase şi variate şi poate recurge chiar la vraci, care singuri au darul de şti dacă este sau nu nebun. Cel care ar fi sfătuit pe nebun să omoare va fi pedepsit, iar nebunul nu*". Aceste pravile au fost valabile timp de două secole. În 1864 se introduce un regulament care prevedea că internarea unui bolnav psihic trebuia recomandată printr-un act semnat de doi medici, act cu valoare de expertiză psihiatrică (*Tomorug*, 1957). Virtualitatea interdisciplinară a psihiatriei şi necesitatea cooperării psihiatrului cu medicul legist reiese şi din faptul că în 1893 titularul Clinicii de boli mintale şi al Catedrei de medicină legală din Bucureşti era profesorul *Al. Şuțu*, autor al primei cărți de psihiatrie judiciară din literatura noastră de specialitate: "*Alienatul în fața societății şi al ştiinței*" (1877). În această lucrare Al.Şuțu subliniază într-o manieră modernă aportul psihiatrului şi al clinicii psihiatrice în cadrul echipei complexe (psihiatru, legist, psiholog) care trebuie să aprecieze "*la adevărata valoare schimbările de caracter ce se observă cu mult timp înaintea apariținnii maniace, perversiunilor etc., în fine adevărata natură a faptelor*". La începutul secolului al XX-lea, *Dr. Pitulescu* se remarcă prin



Scanned with OKEN Scanner

activitatea de psihiatrie judiciară laborioasă şi calificată, desfăşurată la spitalele Mărcuța şi Central Bucureşti, iar după primul război mondial *C.I.Parhon* ține prelegeri de psihiatrie judiciară la Institutul de Criminologie, conduce serviciul de psihiatrie judiciară de la Spitalul Central şi elaborează lucrări ştiințifice în care tratează determinismul complex, psihopatologic şi social al infracțiunilor bolnavilor psihici. Dintre psihiatrii şi medicii legişti preocupați de medicina legală psihiatrică menționăm pe *Odobescu, Bruteanu, I.Constantinescu, Tr.Ionescu, S.Constantinescu, L.Ballif, Urechia, Preda, Isanos, E.Tomoruş, Gh.Atanasovici, Mima Minovici, N.Minovici, T.Vasiliu, M.Kernbach.*

**Bilbiolgrafie**: la autor

## UNELE ASPECTE PSIHO-SOCIALE ŞI JURIDICE ALE ABANDONULUI

Dr. L. RITLI, Dr. Şt. KECSKEMETI
Spitalul Clinic de Copii Oradea

Una dintre problemele sociale cu majore implicații medicale, pedagogice şi juridice - cu importanță crescândă în perioada de tranziție la noi, o constituie realitatea copiilor abandonați.

În studiul nostru termenul de abandon semnifică înainte de toate un fapt concret, individual şi real ce constă în părăsirea conştientă şi voluntară a progeniturii de către genitori la vârsta totalei dependențe a acesteia, în instituția în care s-a născut, într-o unitate medico-sanitară unde este adus pentru tratarea unei boli reale sau pretinse, ori într-un loc public unde - uşor observabil - se poate presupune că va fi adus într-o unitate de ocrotire. În toate aceste cazuri genitorii nu îşi exprimă intenția lor de a transfera responsabilitatea creşterii şi educării copilului în grija statului sau altor organisme sau persoane.

Eliminăm astfel dintr-un început categoria copiilor părăsiți expuşi unui pericol vital care se încadrează într-una din formele tentativelor de pruncucidere, precum şi cazurile în care în prezența genitorilor, copilul rămâne privat de elementare îngrijiri, afectivitate şi educație, şi care intră în categoria pedopsihiatrică a neglijării.

Cazuistica noastră nu oferă posibilitatea de a utiliza informații valide despre motivele abandonului.

Faptul că, în general, nici mai târziu genitorii nu se interesează de soarta abandonatului, îi plasează în câmpul psiho-sociologic al devianței. Iar copilul abandonat devine aproape totdeauna caz



Scanned with OKEN Scanner

psihopatologic, victima sindromului de abandon bine studiat în ultimul secol, inițial de pediatrii ca *Pfaundler, Czerny, Spitz, Goldfarb* şi *Bowlby*, apoi de pedopsihiatrii ca *Nissen, Rutter* sau *Ajourriaguerra* şi alții, care delimitează clar categoria clinică a hospitalismului. Nu intenționăm însă să intrăm în discutarea consecințelor medico-psihologice ale acestui fenomen, ci ne vom mulțumi cu discutarea aspectelor descriptive, socio-demografice ale problemei, cu referire la teritoriul județului Bihor.

Astfel, în perioada 1983-1994 în Bihor au fost înregistrați un număr de 682 copii care corespund criteriilor enunțate mai sus.

Deşi valorile anuale sunt extrem de diferite, tendința de creştere este evidentă. În ultimii 7 ani se înregistrează 71% din cazuri, 45,4% din cazuri sunt abandonați precoce, în primele zile de viață. Nu există diferențe semnificative în funcție de sex, în schimb mediul dominant de proveniență este cel rural cu 73%.

Nu constituie o surpriză faptul că din totalul de abandonați 49,5% îl constituie copiii de romi.

Populația de copii abandonați poate fi considerată ca dezavantajată şi prin frecvența mare în comparație cu populația generală, prin următoarele atribute: rangul peste al treilea 32,7%, greutate mică la naştere - 21,7%, gemelaritate - 6%, malformații congenitale - 7,5%, malnutriție - 15,8%, şi retard psihomotor - 24,6%.

Factori materni negativi sunt: vârsta înaintată - 23%, paritate mare, grad de şcolarizare redus - 96,6%, mamă solitară sau situația matrimonială instabilă - 82,4%. Din datele de care dispunem, în general starea de sănătate somatică a genitorilor nu este semnificativ modificată. Nu dispunem în schimb de date despre alcoolism cronic. În toate cazurile starea materială a familiei, respectiv mamei, a fost apreciată ca nesatisfăcătoare.

Majoritatea copiilor se află în instituții de ocrotire, dar la un număr de 53 de copii plasamentul nu este rezolvat, ei aflându-se provizoriu într-un mediu cu totul impropriu - secții de pediatrie. În perioada analizată numai 2-3% din copii au părăsit sistemul instituțional prin adopție, plasament familial sau încredințare. Nici un copil nu a ajuns înapoi la familia biologică.

Privind starea de sănătate a copiilor instituționalizați, frecvența bolilor acute este cea obişnuită, în schimb hospitalismul, în diferite forme şi grade şi-a pus amprenta pe fiecare copil. Retard exprimat am găsit la două treimi din copii. Înregistrăm o prevalență mare a portajului AgHBs. HIV pozitivi am găsit cu totul excepțional (2 cazuri).

Substratul motivațional al actului de abandon la lotul nostru nu este suficient cunoscut, nu s-a anchetat nici un părinte. Putem face, cel



Scanned with OKEN Scanner

mult deducții, izvorâte din caracteristicile participanților la abandon, cât şi din circumstanțele abandonului.

Factorii care împiedică formarea legăturii dintre părinte şi copil, pot fi de facturi diferite. Cele legate de părinți se referă la personalitate, experiență, nivelul şi calitatea educației, condiții de locuit, venit, mărimea şi structura familiei, existența de sarcini nedorite sau neplanificate; gradul de socializare a părintelui, atitudinea față de rolurile părinteşti, nivelul la care a reuşit să-şi însuşească modelele de familie şi societate.

Ataşamentul mamei față de copil se formează treptat, în cursul sarcinii şi apoi în primele luni după naştere. Tulburările formării instinctului matern poate fi presupus la femei handicapate, mai intră în discuție şi stările psihice particulare care apar după actul naşterii şi care, de obicei, au ca rezultat refuzul nou-născutului.

Nici factorii legați de copil nu pot fi neglijați: capacitatea lui de a reacționa la prezența şi atitudinea părintelui, capacitatea lui de a corespunde aşteptărilor părinteşti. Copiii handicapați de orice fel au şanse mari de a fi respinşi, copiii hiperactivi, agitați, iritați, care nu răspund la apropierea mamei pot fi de asemenea neacceptați.

Este evident că factorii legați de părinți au profunde rădăcini socio-economice şi educaționale. Privind circumstanțele sociale, în ultimii 10-15 ani se remarcă o sărăcire progresivă a societății noastre; după schimbarea regimului, instabilitatea materială poate este şi mai mare, au ieşit la iveală o serie de fenomene mascate (şomaj, lipsa protecției sociale eficiente). Timp de cîteva decenii s-a resimțit efectul celei mai drastice legi din lume a avortului, care, printre altele, a avut ca rezultat un număr imens de sarcini nedorite. Ca efect tardiv al acestei legi, noțiunea de planificare familială este abia cunoscută sau refuzată, mai ales de populația cu nivel socio-economic scăzut. Din cauza duratei scurte a concediului postnatal, mulți sugari au ieşit precoce (la 2-3 luni) din anturajul parental, iar astăzi nu toate femeile profită de concediul postnatal de un an, pe motivul scăderii venitului sau a riscului pierderii locului de muncă.

Industrializarea forțată s-a soldat cu migrație importantă rural-urban, iar o parte din această populație nu a reuşit să asimileze normele cultural-morale noi, rezultând instabilitatea cuplurilor.

Populația de țigani, marginalizată, îşi menține barierele prin modul de viață, prejudecățile şi indiferența societății, ei refuză cel mai des normele etice generale.

Se poate aprecia deci, că eşecul realizării ataşamentului părintelui față de copil, este rezultatul unui grup heterogen de factori.

Dacă abandonul apare sporadic, intră în discuție mai ales factorii constituționali ale părintelui şi copilului, dar dacă fenomenul abadonului

Scanned with OKEN Scanner

îmbracă carențe de masă, acesta poate fi interpretat ca un simptom de patologie socială, care are la bază disfuncționalități importante în sistemul economic, ocrotire socială, educativ şi chiar în sistemul legislativ.

Abandonul - fenomen peren în majoritatea societăților cunoscute - la noi a crescut condiționat fiind de politica demografică a ultimelor decenii şi cu degradarea calității vieții, ce persistă şi în actuala perioadă de tranziție, ajunge să amintim şomajul, inflația şi degringolada etico-morală care nu caracterizează numai păturile dezavantajate.

Trebuie să menționăm că până la începutul anilor 70, legislația noastră de protecție socială bazată pe experiența personală a unor organe valoroase, pe asimilarea unor formule din perioada interbelică, dar şi din experiența altor state, devenită posibilă în urma deschiderii anilor 60, a fost corespunzătoare epocii şi condițiilor concrete de la noi. A existat posibilitatea materială de a iniția, întreține, dota unități de ocrotire, de a instrui personal calificat în variate domenii educaționale.

Dar a urmat reorganizarea administrativă, scoaterea asistenței şi ocrotirii sociale de sub competența M.S.P.S. şi preluarea sarcinilor de către cadre predominent tehnice (inginereşti), fără experiență şi competență în problemă. O parte din unități a rămas la sănătate (leagănele, spitalele de cronici), alta la învățământ (case de copii preşcolari, case de copii şcolari), altele la departamentul de muncă (cămine spital, cămine şcoală, cămine atelier). Unii dintre noi îşi mai amintesc şocul produs asupra auditoriului unei consfătuiri prin afirmația că nu există unități bune pentru ocrotirea copiilor atâta timp cât nu se structurează un model de tip familial, cu copii de vârste diferite, în grup constant, habitat permanent şi persoane neinterşanjabile. Pe acea vreme se configurau în occident primele sate de copii în locul orfelinatelor.

În mod regretabil şi unitățile existente s-au degradat nu numai prin uzura morală (învechirea conceptelor organizatorice), ci şi prin deficite de finanțare, reduceri de personal, dispariția unor funcții vitale din normativ şi în final, anularea unor forme de pregătire superioară şi medie de cadre. Deşi din 1989 situația s-a îmbunătățit, au apărut unități cu oferte variate de facilități, ele sunt insuficiente, baza materială şi de cadre este încă precară şi au apărut probleme noi ca cea a copiilor abandonați, a copiilor străzii, a minorilor ce absolvă şcoli din instituții de ocrotire şi nu mai capătă loc de muncă, etc.

Dar să revenim.

(a) Un număr însemnat de copii abandonați (aproximativ o treime dintre ei) nu au certificat de naştere, ceea ce este echivalent cu lipsa identității juridice. Legislația permite rezolvarea acestei probleme, dar



Scanned with OKEN Scanner

procedura este anevoioasă şi de lungă durată. De asemenea, lipsa legitimității (recunoaşterea de către tată) plasează mulți copii într-o situație stigmatizantă şi dezavantajată.

(b) Declararea oficială a abandonului este posibilă în anumite condiții (Legea 47/93). În afară de facilitarea adopției, alte beneficii nu au nici copiii abandonați, nici instituțiile unde se află aceşti copii. Delegarea exercițiului drepturilor părinteşti instituțiilor medicale nu are valoare practică.

(c) Cadrul legislativ de ocrotire a minorilor este neadecvat prin caracterul fragmentat, nesuficient coerent, cu multe ambiguități şi contradicții. Astfel, copiilor lipsiți de familie biologică li se poate acorda o îngrijire alternativă sub formă de plasament familial, încredințare sau instituționalizare, de asemenea există posibilitatea adopției. Sistemul de protecție a copilului a rămas centrat pe instituție, celelalte forme sunt alternative secundare, deşi există un consens asupra priorității plasamentului, nu este reglementat modul de recrutare a familiilor primitoare, de formare a acestora şi de supraveghere a modului în care ele răspund nevoilor copilului.

Instituțiile cu caracter social sunt leagănul şi casa de copii. În leagăne se acordă îngrijire excesiv medicală, relația socială fiind subestimată, iar în casele de copii, activitatea este organizată după modelul şcolar. În spitale copiii abandonați se transformă din cazuri sociale în cazuri medicale. Spitalizarea îndelungată este nestimulativă, traumatizantă, generând handicapuri şi boli cronice.

Prevenirea instituționalizării sau a dezinstituționalizării este un aspect insuficient abordat. Nu există un sistem eficient de sprijinire a familiilor aflate în situații de criză, nu sunt criterii clare de acceptare sau de neacceptare a copiilor în leagăn, condiții care favorizează instituționalizarea.

În ultimii ani se observă prezența tinerilor de peste 18 ani în casele de copii, neavând locuri de muncă, domiciliu, uneori nu au capacitate de adaptare la cerințele unei societăți deschise.

Alte disfuncționalități sunt generate de insuficiența personalului calificat în asistență socială, lipsa de profesionalism al unor organizații caritative, lipsa de jurişti cu pregătire pentru problemele minorilor. De asemenea, de cele mai multe ori, structurile care iau decizii în legătură cu soarta copilului nu au contact direct cu acesta, nu cunosc bine circumstanțele socio-familiale.

Se impune deci legiferarea unui sistem unitar şi coerent în protecția şi asistența socială a copilului, cuprinzând toate activitățile şi serviciile specifice cu excepția şcolii şi sănătății, fiind necesară separarea de aceste sisteme. Legislația trebuie să fie unitară cu precizarea clară a



Scanned with OKEN Scanner

categoriilor de minori care necesită protecție, formele prin care se realizează protecția, formele alternative de protecție, delimitarea competențelor şi responsabilităților autorităților publice centrale şi locale, accentuând rolul celor din urmă. Este necesară descentralizarea finanțării şi gestionării ocrotirii sociale a copiilor, cu respectarea unor standarde unanim acceptate. Astfel, toate formele de ocrotire alternativă ar fi supraveghete de autoritatea locală, de asemenea, aici s-ar crea servicii sociale care identifică familiile cu risc şi intervine pentru prevenirea instituționalizării, a abandonului şi a neglijării copilului.

Se impune stabilirea unui sistem de acreditare a ONG-urilor pentru diferite actvități sociale.

Instituțiile de ocrotire trebuie să fie organizate ținând cont de nevoile copiului, preferabil de tip familial, deschise spre comunități, cu păstrarea legăturii cu familia, cu reglementarea situației copiilor care părăsesc instituția.

Credem că ar fi foarte necesară instituirea unor tribunale pentru minori, tribunale adminitrative pentru tutelă şi asistență, modernizarea legislației dublată de reforma întregului sistem de protecție şi asistență socială, care să ofere posibilitatea deschiderii spre alternative diversificate unde alături de inițiativele proprii, într-o societate civilă, administrației locale să-i revină doar sarcini de sprijin şi supraveghere, cu drept de intervenție când apar probleme reale. Pentru aceasta este nevoie de voință politică.

## ASPECTE DIAGNOSTICE ÎN INTOXICAȚIA ALCOOLICĂ PATOLOGICĂ

Prof. Dr. RODICA MACREA
Clinica de Psihiatrie Cluj-Napoca

Este bine cunoscut rolul major al alcoolului în favorizarea delincvenței, frecvența actelor infracționale şi potențialul criminogen ridicat al diferitelor forme de alcoolism acut.

Stabilirea responsabilității în infracțiunile comise de alcoolici în general şi în cele ale bolnavilor cu intoxicații acute în special, întâmpină o serie de greutăți ce rezidă din divergențele de păreri (medicale, psihiatrice şi juridice) referitoare la clasificarea formelor de alcoolism, determinarea criteriilor şi gradului responsabilității, încadrarea lor în prevederile legii referitoare la alcoolism.



Scanned with OKEN Scanner

Problema este cu atât mai spinoasă cu cât încadrarea diagnostică precisă este de multe ori greu de făcut, dat fiind faptul că ea se face retrospectiv.

Discuția are ca obiect în speță intoxicația acută alcoolică (beția simplă) şi intoxicația alcoolică patologică, entități de care se leagă o apreciere foarte diferită a discernământului şi responsabilității, cu importante consecințe juridice.

Cele mai frecvente acte infracționale ale alcoolicilor sunt comise în cadrul stărilor de intoxicație acută alcoolică (beție simplă) (violențe contra persoanelor, distrugere de bunuri, acte de huliganism, atentate la pudoare etc., fără a mai aminti marele procent al accidentelor rutiere, care se leagă chiar de faza infraclinică a intoxicației).

Conform codului nostru penal, intoxicația alcoolică acută (beția simplă), voluntară, nu înlătură caracterul penal al faptei, ea putând constitui dimpotrivă o circumstanță agravantă sau atenuantă, discernământul alcoolicului fiind considerat în acest caz păstrat. Există desigur o serie de discuții legate de responsabilitate în cazurile de intoxicații alcoolice acute (care, deşi tranzitorii, sunt totuşi trăiri psihice patologice). Confuzia mitală produsă însă de beție ca atare diferă de alte cazuri de confuzie mintală, întrucât cea a persoanei care s-a îmbătat din "proprie inițiativă" este consecința unei atitudini a persoanei pentru care poate fi trasă la răspundere. Subiectul păstrează capacitatea de a aprecia prospectiv, de a anticipa efectele nocive ale consumului de alcool ("*odată cu alcoolul nu se înghit şi circumstanțele sale atenuante*" - *Scripcaru, Terbancea*).

Aplicarea prevederilor legii din aceată perspectivă apare justificată numai în cazurile de intoxicație alcoolică acută (beție tipică). Cu totul altfel se pune problema din punct de vedere juridic când intoxicația alcoolică (beția) nu are caracter tipic.

Deşi rară, intoxicația alcoolică patologică (în clasificarea ICD 10) sau intoxicația alcoolică idiosincratică (după criteriile DSM III R) este o formă de alcoolism acut cu foarte frecvente implicații medico-judiciare, cel mai adesea nemotivate. În funcție de forma clinică, individul poate ajunge de exemplu la omucidere pentru a se apăra (fiind stăpânit de halucinații terifiante şi idei de persecuție) sau pradă unui raptus melancoliform se poate sinucide sau poate comite crime şi delicte în stare de automatism ambulator.

În cazul aşa zisei "*intoxicații patologice*" (sub diferitele sale aspecte) tipurile variate de confuzie mintală temporară, care diferă calitativ de beția obişnuită, pot fi considerate boală psihică ca atare. În aceste circumstanțe, deşi nu există nici o referire la această formă în codul nostru penal, psihiatrii şi legiştii experți sunt unanim de acord



Scanned with OKEN Scanner

asupra neresponsabilității acestor indivizi (tulburările psihice fiind atât de profunde încât determină pierderea completă a autocontrolului).

Deşi teoretic lucrurile par destul de clare, practic nu sunt totdeauna simple şi de multe ori suntem puşi în dificultate sub raport diagnostic.

În contrast cu beția obişnuită, "*intoxicația patologică*" ar apare în prezența unor modificări calitative şi cantitative a toleranței la alcool a consumatorului, datorită unor modificări patologice înnăscute sau câştigate, sau dispoziției momentane.

Autorii clasici (începând cu *Kraepelin*, apoi mai recent *Garnier, Binder*) consideră drept caracteristici clinice definitorii pentru beția patologică manifestările sale mai dramatice, în raport cu beția simplă, constând în tulburări de conştiință (de tip confuziv), instalate brusc, care nu sunt proporționale cu cantitatea de alcool consumată, absența ataxiei şi coordonare relativă a mişcărilor, prezența actelor nejustificate, absurde, mergând până la violență (comise în stare de automatism ambulator), apariția uneori a tulburărilor de percepție (iluzii, halucinații) şi a delirului (de autoacuzare, gelozie). Subiectul acționează într-un "*vid emoțional total*", apărând străin de mediul său. Tabloul clinic dispare tot atât de brusc precum a apărut (după câteva ore), fiind urmat de o amnezie lacunară totală, de cele mai multe ori.

Un aspect controversat este cel al repetării episodului. Cei mai mulți autori susțin că acesta are tendința să recidiveze, în condiții identice. În schimb unii autori consideră că beția patologică este de obicei un episod unic.

DSM IIÍ R indică drept element esențial al intoxicației alcoolice idiosincrazice o modificare comportamentală marcată, de regulă spre agresivitate, care se datorează ingestiei recente a unei cantități de alcool, insuficientă pentru a induce intoxicația la cei mai mulți oameni.

Comportamentul este atipic pentru persoană când nu bea.

Ca fatori predispozanți la unele persoane cu acestă tulburare au fost înregistrate picuri temporale pe electroencefalogramă. Pierderea toleranței poate fi temporară sau permanentă. La punctul C al criteriilor diagnostice ale intoxicației alcoolice idiosincrazice DSM III R stabileşte că ea nu se datorează nici unei tulburări somatice sau altei tulburări mentale.

ICD 10 la intoxicația alcoolică patologică (F10.07) comentează că aceasta este o condiție rară, la care trebuie să fie întrunite criteriile intoxicației acute, cu excepția faptului că ea survine după ingestia unei cantități de alcool insuficientă pentru a produce intoxicația la majoritatea oamenilor. Apare un comportament agresiv verbal sau violent fizic, care nu este tipic pentru persoana respectivă când nu consumă alcool. Intoxicația survine foarte rapid (de obicei la câteva minute) după



Scanned with OKEN Scanner

consumul de alcool. Nu există evidență de tulburarea organică cerebrală sau altă tulburare mentală.

Pe baza datelor din literatură şi a experienței noastre, dorim să punctăm următoarele aspecte:

- Cunoaşterea, diagnosticarea şi diferențierea cât mai precisă a diferitelor forme de intoxicație alcoolică acută este deosebit de importantă, ținând cont de frecvența delictelor comise de alcoolici în aceste stări, de gravitatea lor şi gradul diferit de responsabilitate (raportat la forma intoxicației).

- Observarea aspectelor clinice ne oferă material pentru o conturare pe cât posibil mai diferențiată a formelor de "*intoxicație patologică*". Datele obiective nu se suprapun întru totul descrierilor clasice. Astfel, deşi se consideră a fi caracteristică disproporția între simptome şi cantitatea de alcool consumat, este o eroare a considera acest semn ca fiind unicul parametru, indispensabil pentru diagnostic.

- Termenul favorizant nu se rezumă la tulburări dissociale de personalitate sau tulburări organice de personalitate (sechele posttraumatice sau postencefalitice), ci depinde şi de psihotip sau de starea de moment (oboseală, insomnii îndelungate, stări distimice, nelinişte, chiar şi abuzuri sexuale).

- Ca metode suplimetare de investigație şi diagnostic, față de cele menționate în literatură (EEG simplă şi repetată, EEG în serie, testul de provocare cu cantități mici de alcool, urmat de înregistrare EEG), considerăm deosebit de utile narcoanaliza cu amital sodic i.v. (pentru a verifica amnezia afirmată de bolnavi şi a evidenția eventualele mobile ale infracțiunii). Deasemenea proba cu alcool (într-o formulă modificată - cu alcool administrat asociat i.v. şi per os), care poate provoca o reeditare a tabloului (la un interval variabil de timp). Înregistrarea EEG după provocarea cu alcool este de multe ori imposibilă (datorită agitației bolnavului sau lipsei sale de relaxare) sau oferă date neconcludente.

- Aprecierea discernământului şi responsabilității în asemenea cazuri necesită o convergență de opinii psihiatru - legist, un studiu foarte atent al dosarului judiciar (care poate da informații foarte importante privind personalitatea premorbidă, împrejurările comiterii faptei, mobilul ei, modalitatea instalării tabloului psihic etc.).

- Întrucât relația alcoolism - infracțiune nu este obligatorie şi nu se poate face ecuația *intoxicație alcoolică. acută (beție) - lipsă de responasbilitate*, forul juridic trebuie să aprecieze atent măsura în care forma de beție l-a putut împiedica pe infractor să aprecieze caracterul antisocial al faptei.

Scanned with OKEN Scanner

- Intoxicaţiia alcoolică patologică (idiosincrazică) în care tulburările psihice grave determină pierderea autocontrolului şi conferă neresponsabilitate, este probabil o formă mai rară.

**Bibliografie**:
1. *Berthier.Ch.*: Les confusions mentales. Synthéses cliniques, 24, pp.39-400
2. *Dănescu.Gh., Tomorug.E.*: Probleme judiciare în psihiatrie, Ed.Medicală, Bucureşti, 1973, pp.226-234
2. *ICD-10*: Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical descriptions and diagnostic guidelines, WHO, Geneva, 1992
3. *DSM-III-R*: Editat de Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, 1993
5. *ICD-10*: Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic criteria for research, WHO, Geneva, 1993
6. *Porot A.*: Manuel alphabetique de psychiatrie, PUF, Paris, 1965, pp.324-325
7. *Racz G.*: Atitudinea justiţiei supreme în legătură cu beţia patologică abortivă, Alkohologia, nr.1-2, 1970, p.36

## DISCERNĂMÂNT SAU COEFICIENT DE INTEGRARE ŞI GRAD DE RESPONSABILITATE

Dr. G. CORNUŢIU Doctor în ştiinţe medicale
Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea

### I. Consideraţii generale

1.0. Conform principiului unităţii posibilităţilor şi criteriilor aplicate de către gândirea umană diverselor domenii ale realităţii, un adevăr exprimat într-un limbaj trebuie să poată avea corespondent cvasiidentic în alt limbaj.

1.1. Prin evoluţie şi specializare diversele discipline ale cunoaşterii umane au ajuns să-şi elaboreze fiecare un limbaj propriu, mai mult sau mai puţin specific. In dialogul dintre două sau mai multe discipline, de exemplu psihiatrie, medicină legală şi diverse discipline juridice, sunt necesare criterii noţionale neambigue de traducere dintr-un limbaj specializat în alt limbaj specializat, pentru ca fiecare participant la dialog să înţeleagă exact ce gândeşte interlocutorul său.

1.2. De fapt ar fi necesară statuarea unei specializări în psihiatrie judiciară, crearea unui unui corp de experţi în psihiatrie judiciară, psihiatrii având consistente cunoştinţe juridice şi de medicină legală. Aceştia ar şti să ofere juristului informaţiile de care acesta are nevoie pentru a-şi formula concluziile.

1.3. Pe de altă parte, stadiul actual al gândirii umane şi stadiul prelucrării informaţiilor, impun necesitatea unei circumscrieri cât mai exacte şi a unei cuantificări a informaţiilor, chiar şi în ştiinţele umaniste.



Scanned with OKEN Scanner

1.4. Noțiunile elaborate de către o ştiință ajung să fie vehiculate, sau să se răsfrângă în alte ştiințe, uneori la distanță de multe decenii. Se poate ca o ştiință să folosească noțiuni ale altei ştiințe pe care aceasta, ultima, să le fi abandonat cu generații în urmă.

1.5. Astfel noțiunea de alienație mentală elaborată de către *Asclepiade din Bitinia* (80 î.e.n.) - "*alienatio mentis*" (*V.Predescu*- Psihiatrie, Ed.Med; Buc. 1976 p.18), este abandonată de către psihiatrie cu mult timp înainte de sfârşitul secolului trecut. Ştiințele juridice continuă să utilizeze noțiunea, deşi pentru ele noțiunea este ezoterică şi ambiguă. Pentru psihiatrie ea nu mai este azi absolut de nici o utilitate, prezintă doar interes istoric.

1.6. S-a ajuns astfel în situația în care vorbind despre aspecte ale aceleiaşi realități, despre acelaşi bolnav conştient, să avem cel puțin trei categorii de interlocutori, cu trei nivele de exprimare şi înțelegere. Avem limbajul comun, cu termenii săi, fie el chiar literar, la nivelul cel mai ambiguu şi mai puțin operant al înțelegerii fenomenului. Avem limbajul juridic, mai puțin ambiguu şi cu ceva mai operant decât precedentul, dar cu termeni decalați cu minimum trei generații față de termenii limbajului specialității dedicate fenomenului.

1.7. Aşadar, avem trei categorii de vorbitori folosind termeni, cuvinte şi noțiuni diferite, atunci când se referă la unul şi acelaşi bolnav. În acest caz, comunicarea devine dificilă şi cu o mare probabilitate a erorii.

1.8. Întreaga tematică a Consfătuirii se referă de fapt la atitudini şi decizii comportamentale, ca rezultate ale unei evoluții individuale şi care intră în conflict cu logica sau sensul existențial general acceptat, cu normele valorice şi juridice ale momentului său istoric şi contextului sau cultural.

1.9. În domeniul care le interesează reciproc, în dialogul psihiatrico - medico legal - juridic noțiunea pivot, noțiunea care centrează acest dialog şi care este de fapt criteriul fundamental, este noțiunea de discernământ. El presupune conştientizarea scopului, mijloacelor şi consecințelor faptei hotărâte în întregul ansamblu al semnificațiilor lor cu asumarea şi posibilitatea asumării implicite şi nemijlocite a responsabilității.

1.10. Este o noțiune suficient de ambiguă, de liber interpretabilă, de necuantificabilă, pentru a oferi dese nedumeriri şi momente de derută atât celor care efectuează expertiza medico-legală cât şi celor ce urmează să folosească rezultatele expertizei.

1.11. Aceste neajunsuri au fost resimțite de mult timp. În acest sens, în urmă cu 9 ani s-a organizat o întâlnire ştiințifică de dimensiune națională în care *Prof. V.Predescu* a propus, reluând idei mai vechi, ca



Scanned with OKEN Scanner

instrument operațional noțiunea de capacitate psihică. Este o noțiune cu mult mai specifică decât cea de discernământ, dar încă suficient de ambiguă. Ea nu a găsit terenul propice şi audiența scontată pentru a se impune. A scos, însă, în evidență necesitatea găsirii unei noțiuni care să fie un instrument operațional neambiguu, cuantificabil şi uşor de utilizat de către psihiatrii, medici legişti, sau practicanții diverselor discipline juridice.

**II. Cadrul specific al problematicii**

2.0. Pornind de la această propunere a domnului *Prof. Predescu*, de capacitate psihică, voi încerca prelucrarea posibilității de dezvoltare a ei într-o noțiune capabilă de a fi un instrument operațional.

2.1. Pentru a satisface criteriile neambiguității, a abordării holistice şi a cuantificabilității, o variantă ar putea fi structurarea conținutului noțional pe nivele. Această structurare pe nivele ar permite o abordare gradată şi cuantificabilă a fenomenului comportamental.

2.2. Orice act comportamental este o tentativă de înscriere a necesităților individuale în mediul senzorial şi în mediul interrelațional al semenilor. În semnificația sistemică a topicii sale orice act comportamental este o tentativă de optimă integrare, din punctul de vedere al individului, în mediu şi în societate. Deci actul comportamental conține între semnificațiile sale un efort integrativ, oricât de neinspirat sau alterat motivațional este el.

2.3. Pornind de la toate acestea, pentru o eventuală înlocuire a noțiunii de discernământ, resimțită ca ambiguă, necuantificabilă şi cu o prea mare şansă de eroare, propunem ca posibilitate noțiunea operațională de capacitate psihică integrativă,care să poată fi exprimată procentual printr-un **COEFICIENT INTEGRATIV**, corespondent unui **GRAD DE RESPONSABILITATE**.

2.4. Acest coeficient integrativ ar putea avea în justiție, drept corespondent, gradul de responsabilitate. Exprimate procentual, juristul ar deține o informație cuantificată, pe care ar putea-o utiliza ca atare.

**III. Capacitatea psihică integrativă**

3.0. Nivelele de procesare a informației şi de integrare a individului, nivele distincte şi progresive în globalitate ar fi următoarele:

3.1. Nivelul elementar al capacității psihice integrative (c.p.i.). Este nivelul conştienței, al prezenței persoanei în prezent.

3.2. Nivelul perceptiv al c.p.i., care reprezintă contactul persoanei cu mediul material.

3.3. Nivelul mnezic este nivelul continuității orientării funcțiilor selectoare autoşi alloreferențiale în timp. Ele semnifică prezența prezentului persoanei în trecut.



Scanned with OKEN Scanner

3.4. Nivelul logic cantitativ, reprezintă limitele randamentului intelectiv individual, indicele de inteligență.

3.5. Nivelul logic calitativ, reprezintă prezența rațională a persoanei în propria-i existență, conferindu-i sensuri precum şi ancorarea pragmatică şi programatică, cu scopuri argumentate, în mediul său.

3.6. Nivelul afectiv este un nivel de reflectare, de rezonanță circumstanțială şi propensivă, de selectare strict egoistă. Ea exprimă prezența persoanei ca individ. În polul eutimic afectivitatea are un singur nivel. În polul patologic avem două variante, cărora le conferim două nivele de integrare patologică. Nivelul hipertim negativ reprezintă varianta depresivă a rezonanței persoanei în lume.

3.7. Nivelul hipertim pozitiv reprezintă nivelul patologic de tip maniacal al rezonării.

3.8. Nivelul personologic este un nivel de sinteză sistemică a tuturor variabilelor înăscute şi internalizate ale individului. El exprimă prezența propensivă a persoanei.

3.9. Nivelul axiologic, de fapt moral axiologic, este nivelul de înscriere a individului în sensuri existențiale supraindividuale, de ancorare într-un sistem structurat şi ierarhizat de valori. El exprimă prezența şi specia valorică a persoanei prin prezența culturii şi grupului cărora le aparține. Este un nivel extrem de important, pentru că acest nivel poate comuta, cel puțin parțial, vina de pe individ pe grupul căruia îi aparține, sau pe mediul de formare. Nivelul axiologic este un nivel motivațional. Ca exemplu, dacă pentru unii țigani abilitatea în furt poate constitui o virtute, pentru alte grupuri de populație furtul este incalificabil. Există o parte de vină şi de responsabilitate care din punct de vedere moral nu aparține individului făptaş. Vina nu aparține întotdeauna integral individului, chiar dacă justiția pe drept nu are mandat de a penaliza decât indivizi raportați la lege. La acest nivel trebuie notat şi nivelul de instruire.

3.10. Nivelul volitiv caracteriologic este nivelul capacității sintetice, de stabilitate de substrat volitiv şi de profunzime motivațională.

3.11. Dimensiunea morală şi caracteriologică a existenței poate fi, atât pentru individ cât şi pentru societate, în majoritatea timpilor semnificativi, mai importantă decât inteligența sau alte calități ale persoanei. De fapt, fără a o numi direct, aceasta este dimensiunea pe care o vizează justiția. Acest nivel poate fi cuantificat în funcție de practicarea preceptelor fundamentale ale culturii căreia îi aparține individul, raportate la normele legiferate ale societății în care trăieşte. Pentru creştini, de exemplu, cele zece porunci sunt un criteriu suficient de sigur şi de selectiv.



Scanned with OKEN Scanner

3.12. Dinspre moral spre elementar fiecare nivel îl înglobează pe precedentul. Nu poți atinge un nivel dacă nu ai trecut prin precedentul.

3.13. Aceste nivele permit stabilirea unui scor global, dar şi limitarea dinspre simplu spre complex, la un anumit stadiu al capacității puterii integrative a individului, stabilirea unui coeficient integrativ, care poate fi exprimat procentual dintr-un întreg nepatologic.

3.14. Nivelul specific individual şi scorul global trebuiesc corectate de eventuala intermitență a bunei funcționări a c.p.i. Astfel epilepsia, psihozele afective, presupun o evoluție total sau parțial intermitentă a c.p.i.

3.15. Prezența acestei intermitențe face necesară aprecierea c.p.i. în momentul faptei, în funcție de faza individuală specifică a bolii (în episod/criză sau înafara lui/ei).

3.16. Un alt factor de corectare a c.p.i. este contextualitatea statutului social a faptaşului şi a faptei. Este un factor necuantificabil propriu-zis, calitativ, putând învinui ori participa la dezvinovățire. Astfel, (exemplu extrem) pentru statutul social al faptei, în timp de război neglijența generalului are alte semnificații şi alte consecințe decât neglijența soldatului. În timp de pace furtul sau minciuna unui ministru are alte consecințe şi semnificații decât furtul şi minciuna paznicului de la depozitul de lemne.

3.17. De asemenea, contextualitatea presiunii psihologice a faptei poate contribui la definirea mai exactă a c.p.i. a faptaşului. Astfel, este diferență extrem de mare între fapta unui individ căruia zi de zi, lună de lună şi an de an îi spui "boule", până când boul disperat explodează şi îți rupe picioarele şi fapta altui individ care îți rupe picioarele pentru a se distra, sau pentru că ai trecut pe lângă el şi nu i-a plăcut figura ta.

3.18. Cele 13 nivele (împreună cu factorii de corecție) pot fi exprimate în tabele. Ele se referă la momentul comiterii faptei.

Oferim ca exemplu o propunere de lucru.

**IV. Termeni şi punctaj**

| NIVEL AL CAPACITĂȚII PSIHICE INTEGRATIVE | PUNCTAJE | | | OBSERVAȚII |
|---|---|---|---|---|
| | A | B | C | |
| 1. Nivel (N) elementar | 70 | 0 | - 70 | |
| 2. N. perceptiv | 60 | 0 | - 60 | |
| 3. N. mnezic | 50 | 0 | - 50 | |
| 4. N. logic cantitativ (inteligență) | 40 | 0 | - 100<br>- 200 | |
| 5. N. logic calitativ | 40 | 0 | - 250 | |
| 6. N. afectiv hipertim negativ | 30 | 0 | - 30 | |



Scanned with OKEN Scanner

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 7. N. afectiv hipertim pozitiv | 30 | 0 | - 30 | |
| 8. N. personologic | 20 | 0 | - 20 | |
| 9. N. moral-axiologic | 10 | 0 | - 10 | |
| 10. N. volitiv-caracteriologic | 20 | 0 | - 20 | |
| 11. Intermitența de nivel patologic şi integrativ | 30 | 0 | - 30 | |
| 12. Contextualitate de statut | 20 | 0 | 0 | |
| 13. Contextualitate de presiune psihologică | 0 | 0 | - 20 | |

4.1. La rubrica **Punctaje**, prin nivel **A** înțelegem existența nivelului respectiv în limitele cert nepatologice. În ceea ce priveşte nivelul moral axiologic, includem aici (la punctaj A) faptele concordante motivațiilor existențiale a grupurilor din care face parte făptaşul. Într-un trib de canibali, nici unul din membrii săi nu poate fi acuzat de comportament anormal în grupul său şi este lesne de înțeles că acest comportament nu reprezintă o anormalitate individuală ci o consecință culturală.

4.2. La rubrica **B**, notăm prezența unui nivel la granița dintre patologic şi nepatologic, iar la rubrica **C**, prezența nivelului în limitele certe ale patologicului.

4.3. Prin **nivel elementar**, înțelegem starea de conştiență şi luciditatea. Prin **nivel mnezic**, înțelegem şi modificările mnezice de durată şi cele intermitente. Prin **c.p.i. perceptivă** înțelegem normopercepția şi tulburările calitative de percepție.

4.4. Acordăm **c.p.i. logice**, două nivele, dat fiind rolul cel mai important al funcțiilor logice în conştientizarea conținutului valoric al unui act comportamental, al sensului său şi al consecințelor sale. La acest nivel notăm cu 40p prezența unei inteligențe normale, cu 0 intelectul limită, cu -100 oligofrenia gr.I., cu -200 oligofrenia gr.II.

4.5. La fel acordăm **c.p.i. afective** două rubrici pentru ambele variante patotimice majore dat fiind rolul esențial al afectivității în stabilirea şi funcționarea motivațiilor existențiale şi a reacțiilor comportamentale. Lipsa rezonanței afective participă foarte puțin la motivarea reacțiilor comportamentale, eventual la demotivarea schizofrenă, dar aici diagnosticul şi scăderea nivelului c.p.i. are argumente mai valide.

4.6. La **Nivelul personologic** notăm nu doar punctajul dar şi eventualul tip patologic de personalitate.

4.7. La **Nivelul axiologic** se notează concordanța sau neconcordanța faptei cu normele valorice ale grupurilor mari cărora le aparține făptuitorul (etnia, religia, zona culturală etc.). **Caracteriologic** se notează prezența sau absența faptelor asociale, variațiile atitudinale



Scanned with OKEN Scanner

exclusiv din raţiuni de eficienţă. Dar tot aici trebuie notată prezenţa sau absenţa sugestibilităţii. Fiind nivelul decizional motivaţional, aici ar trebui notat raportul deciziei de înfăptuire cu nivelul de instruire. În sensul evoluţiei tehnice, va fi problema cea mai spinoasă a viitorului, dacă mulţimea de neinstruiţi va şti ce se declanşează când va interveni în procese computerizate.

4.8. **Intermitenţa de nivel patologic şi integrativ** se referă la epilepsii şi la intermitenţele psihotice afective, inclusiv psihoza periodică atipică. Tot aici e necesar a fi notată şi intermitenţa patologică neperiodică, strict dependentă de abuzul cronic de toxice (ex. epilepsie alcoolică, delirium alcoolic, halucinoză alcoolică etc.).

4.9. Prezenţa responsabilităţii (statutului) faţă de un grup mai mic sau mai mare, conferă punctaj pozitiv, deci vinovaţie. Invers, prezenţa presiunii psihologice contextuale îi acordă punctaj negativ.

4.10. Desigur, punctajul este acordat în mod convenţional, cu argumente discutabile, dar respectând oarecum importanţa semnificaţiei patologice a nivelului în cauză referitor la capacitaţile de integrare în mediul natural, psihologic şi valoric al celui expertizat.

4.11. Din sumarea acestor punctaje rezultă un scor general, care la omul sănătos şi nevinovat este de 420 (100%). Scorul unui caz expertizat poate fi raportat procentual la omul sănătos nevinovat (420 puncte). Acest procent reprezintă coeficientul integrativ al persoanei în cauză. Acest coeficient integrativ poate exprima juridic gradul de responsabilitate.

4.12. Consider că împreună: diagnosticul, coeficientul integrativ, indicele de inteligenţă şi motivaţia faptei, pot forma un set informativ suficient de orientativ pentru judecator în aprecierea cazului.

4.13. Consider că scăderea sub 50% a coeficientului integrativ este echivalentă cu lipsa responsabilităţii faptei.

4.14. Acest model de expertiză - model de expertiză psihiatrică, folosind drept instrument de apreciere c.p.i. se pretează prelucrării sale pe calculator. El depăşeşte modelele descriptive, din acest punct de vedere.

## V. Concluzii

5.0. Se pot elabora modele de expertiză medico-legală psihiatrică, mai precis informative şi mai cuantificate decât actuala metodologie.

5.1. Modelul expus ar necesita acceptarea ca metodologie de lucru, din partea specialiştilor medici şi ca mijloc de comunicare, din partea juriştilor.



Scanned with OKEN Scanner

5.2. După acceptare, modelul c.p.i. ar trebui validat pe o cazuistică suficient de numeroasă pentru a se putea trage concluziile critice şi de optimizare a lui.

Scanned with OKEN Scanner

# LEPONEX® clozapină

## REVENIREA ÎNTR-O SINGURĂ LUME

**Antipsihotic unic pentru tratamentul pacienților schizofrenici rezistenți (nonrespondivi sau intoleranți la medicația antipsihotică clasică).**

**LEPONEX**
- este eficient în ameliorarea simptomelor pozitive și negative ale schizofreniei.

**LEPONEX**
- are efecte benefice evidente după scurt timp și eficiență dovedită în tratamente de lungă durată.

**LEPONEX**
- are efecte sociale remarcabile prin îmbunătățirea calității vieții pacienților și familiilor acestora.

**LEPONEX**
- are efecte secundare controlabile și tolerabile.

**LEPONEX**
- poate fi administrat numai pacienților cărora li se controlează regulat numărul de leucocite.

**SANDOZ**

Sandoz Pharma Services Ltd. ● Reprezentanțe din București Str. Spătarului 52, sector 2, Tel: 210.4824, Fax: 210.4825

PENTRU INFORMAȚII COMPLETE ASUPRA MEDICAMENTULUI CONSULTAȚI CATALOGUL DE PRODUSE SANDOZ.

PRODUSUL ESTE DISTRIBUIT DE TAMISA TRADING SRL Tel: 312.5814

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 2

# EXPERTIZA PSIHIATRICO-LEGALĂ

Scanned with OKEN Scanner

# NOTĂ PRELIMINARĂ PRIVIND EFECTUAREA EXPERTIZELOR MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Dr. A. CARPA(1), Dr. ELEONORA CUSCNEVICI(1), Dr. V. HOLBAN(1), Dr. L. PÂRLIȚEANU(1), Dr. Gh. NEDELCIUC(2), Dr. C. POLTELNICU(2), Dr. I. NASTAŞ(2)

(1) - Spitalul de psihiatrie nr.5 Bălți

(2) - Clinica de psihiatrie "Socola" Iaşi

În diversele state ale lumii comtemporane expertizele psihiatrice se efectuează după principii generale, de regulă comune asamblului de activități prestate de profesioniştii implicați în acest domeniu, indiferent de zona geografică în care aceştia îşi desfăşoară activitatea. Diferețele legislative, îndeodebi de factură procedurală, asociate cu modalități organizatorice diferite în realizarea actelor expertale şi a implicațiilor juridice ale acestora, realizările ştiințifice-legislative, cutumele, tradițiile în acest domeniu materializate în acțiuni şi activități în asistența de specialitate pot constitui nu numai un subiect de exegeză a problemei, ci şi de susținere a unor concluzii şi consecințe practice, mai ales în situațiile existente în regiuni geografice apropiate fizic şi cu o problematică medico-socială asemănătoare.

Studiind comparativ atât teoretic cât şi practic modul de efectuare a expertizelor medico-legale psihiatrice în dreapta şi în stânga Prutului, autorii consideră necesar a prezenta modalitatea de efectuare a acestora în stânga Prutului, insistând îndeosebi asupra elementelor de diferențiere şi a consecințelor practice care decurg din acestea într-o apreciere critică a activităților pendinte de psihiatria medico-legală.

Spre deosebire de România, în Republica Moldova expertizele medico-legale psihiatrice sunt diferențiate în expertize psihiatrice legale propriu-zise şi expertizele psihiatrice-legale narcologice. Ele sunt efectuate de comisii diferite în cadrul unor rețele care funcționează distinct şi în paralel în asistența bolnavilor psihici şi narcologici. Comisiile în cauză au în componența lor numai medici specialişti în domeniul psihiatriei, sau respectiv a narcologiei. Asemenea comisii sunt formate de regulă din 3-5 specialişti din cadrul rețelei teritoriale de specialitate (psihiatrie, narcologie), numiți de conducerea unității sanitare la nivelul căruia se realizează activitățile expertale (spital sau dispensar teritorial de specialitate).

Activitățile expertale psihiatrice şi narcologice se realizează în Republica Moldova sub egida, în cadru şi sub controlul instituțiilor din structura şi subordinea Ministerului Sănătății. În realizarea şi controlul lor participă îndeaproape şi organe competente, de resort din cadrul Ministerului Afecerilor Interne, Procuraturii şi organelor de justiție.



Scanned with OKEN Scanner

Etapa primară a expertizelor psihiatrice şi narcologice se realizează la nivelul comisiilor teritoriale de specialitate, care de regulă au o competenţă geografică interraională. Noi expertize (contraexpertize) se pot efectua atât pe plan central, la nivelul republican, în municipiul Chişinău, cât şi pe plan local (teritorial). În asemenea cazuri comisiile de resort au o componenţă totalmente nouă faţă de cea existentă în examinările anterioare. Uneori în asemenea cazuri comisiile care funcţionează pe plan local pot să aibă în componenţa lor membrii desemnaţi din cadrul specialiştilor care activează în acest domeniu la centru, pe plan republican, care se deplasează în acest scop în teritoriu în caz de solicitări din partea organelor competente. Comisiile sus-amintite întocmesc acte de expertiză în care concluzionează în final asupra responsabilităţii-iresponsabilităţii subiecţilor expertizaţi.

În perioada sovietică expertizele medico-legale psihiatrice se efectuau ambulator sau asupra bolnavilor internaţi în staţionar, în exclusivitate la Chişinău. Anumite cazuri de factură deosebită erau trimise pentru internare şi expertiză la Institutul de Psihiatrie Judiciară V.P.Sernski.

În raport de prevederile legislaţiei în vigoare, în Republica Moldova iresponsabilitatea ca şi responsabilitatea se stabilesc pe baza criteriilor medicale şi juridice. Criteriile medicale de iresponsabilitate prezumează existenţa în momentul comiterii faptei a:

1.- unei tulburări temporare a activităţii psihice

2.- unei boli psihice cronice

3.- unor altor stări morbide (ca spre exemplu deficite psihice congenitale).

Prezenţa unui diagnostic medical nu rezolvă problema iresponsabilităţii. Pe de altă parte, criteriul juridic are în vedere posibilitatea ca persoana incriminată să-şi dea seama de acţiunile sale (componenta intelectuală) şi să le conducă pe acestea (componente volitive).

Problemele de domeniul dreptului civil se rezolvă tot prin expertiză medico-legală psihiatrică. În prezent, în observaţiile autorilor, ele se întâlnesc relativ rar în practica expertală curentă, dar având în vedere evoluţia vieţii sociale actuale, au toate şansele de a deveni tot mai frecvente şi mai complexe.

Aşa după cum deja am arătat, expertizele se efectuează în ambulator ca şi la pacienţii internaţi în staţionar. În acest scop există la Spitalul clinic de psihiatrie din Chişinău o secţie de psihiatrie medico-legală. În Republica Moldova expertizele medico-legale psihiatrice se efectuează în regim ambulator pe tot teritoriul, iar la Chişinău numai în



Scanned with OKEN Scanner

cazul bolnavilor internați. În acest caz, în cadrul Spitalului clinic de psihiatrie, funcționează, pe lângă secția sus-amintită, o comisie cu specialişti de calificare recunocută pe plan republican ca fiind la cel mai înalt nivel. În situațiile în care în cadrul manifestărilor expertale ambulatorii se apreciază necesitatea internării subiecților într-o unitate de specialitate pentru observații şi investigații, o asemenea recomandare se poate realiza numai la nivelul secției de psihiatrie medico-legală sus-amintită. În caz de consemnare în actele de expertiză a unor puncte de vedere diferite între membrii comisiei, cazurile respective sunt reexaminate printr-o nouă expertiză la nivelul unei comisii constituită pe plan republican. Această comisie funcționează într-o componență lărgită utilizând specialişti cu nivel superior de calificare.

Expertizele medico-legale psihiatrice sunt solicitate de organele de anchetă penală din cadrul poliției, de procuratură şi/sau instanțelor judecătoreşti. Prin intermediul instanțelor ele pot fi cerute şi de apărătorii (avocații) persoanelor în cauză. Legislația admite solicitarea de suplimente de expertiză, ca şi chemarea experților în instanță pentru a da lămuriri în anumite cazuri speciale.

În Republica Moldova toate expertizele legale psihiatrice sunt efectuate de medici în cadrul obligațiilor curente de serviciu şi nu sunt remunerate ca atare.

Menționăm faptul că secția de psihiatrie medico-legală de la Spitalul clinic de psihiatrie din Chişinău este nominalizată şi funcționează în exclusivitate numai pentru persoane aflate în regim expertal. Personalul din acest sector, având în vedere condițiile deosebite de muncă şi activitate în care îşi execută profesiunea, primeşte o indemnizație specială la salariul de bază, achitată din fondurile Ministerului Afacerilor Interne. Această secție se află supusă unui regim special de pază exterioară asigurat de personal special asigurat din partea Ministerului Afacerilor Interne (lucrători de poliție). Acest personal are atribuțiuni exclusive în asigurarea pazei exterioare şi nu intervine în activitățile din interiorul secției.

Expertizele ambulatorii se efectuează prin respectarea cu rigurozitate a principiului teritorializării. Astfel, spre exemplu, la Spitalul de psihiatrie nr.5 din Bălți, se efectuează expertize psihiatrice şi narcologice pentru o populație de circa1,5mil. locuitori, exclusiv ambulator, în cadrul unei secții special nominalizată în acest sens şi o funcționalitate proprie în cadrul unității.

În cazul persoanelor cu tulburări psihice recunoscute ca ireponsabile pentru faptele lor penale, organele de justiție instituie măsuri de obligare la tratament în regim de internare medicală cu prevederi adecvate în raport cu gravitatea faptelor comise şi propunerile



Scanned with OKEN Scanner

comisiilor de expertiză. Internările medicale sub eticheta juridică de tratament prin constrângere se realizează în unități (secții) special nominalizate în acest sens, cât şi în cadrul secțiilor din cadrul spitalelor obişnuite de psihiatrie. În prezent, bolnavii supuşi unui asemenea regim de asistență, se află internați în spitalele de psihiatrie din Chişinău, Bălți, Curchi etc. În perioada sovietică, bolnavii psihici având la activ fapte deosebit de grave şi expectante de mare periculozitate sociale erau asistați în cadrul unui mare spital penitenciar de la Dniepropetrovsk. În prezent, bolnavii din această categorie sunt internați într-o secție cu profil special pentru asemenea cazuri care funcționează în cadrul Spitalului de psihiatrie din Chişinău. Decizia asistenței bolnavilor psihici în profil de protecție specială sau în regim de asistență obişnuită aparțin organelor judiciare. Comisii medicale de spital special constituite pentru examinarea periodică a acestei categorii de bolnavi, fac propuneri adecvate în raport de comportamentul pacienților către instanțele judiciare asupra instituirii regimului de asistență în secții de profil special sau unități de profil obişnuit. Reglementările în vigoare prevăd pentru asemenea bolnavi examinări (reexaminări) de două ori pe an de către comisii care pot avea şi o altă componență decât cea a comisiilor pentru expertize medico-legale psihiatrice sau narcologice obişnuite. În asemenea situații comisiile fac demersuri către instanțele de judecată de înlocuire a internării medicale cu obilgarea la tratament sau de menținere în continuare a spitalizării. Secțiile care fac externarea acestor bolnavii sunt obligate să anunțe în scris această situație rețelei de asistență ambulatorie. Asemenea cazuri sunt preluate într-o evidență specială a cazurilor de bolnavi psihici cu potențial de periculozitate socială. Operațiunile în acest sens se fac înainte cu 10 zile pe plecarea bolnavilor din spital, atât către dispensarele teritoriale de psihiatrie cât şi către organele de poliție.

Aprecierea comparativă a modalității de efectuare a expertizelor medico-legale psihiatrice efectuate în România şi Republica Moldova permite a constat următoarele diferențe mai semnificative între aceste:

- în Republica Moldova totalitatea exprtizelor medico-legale psihiatrice se efectuează în exclusivitate la nivelul rețelei de psihiatrie. Rețeaua de medicină legală nu este implicată în nici un fel în acest domeniu, atât din punct de vedere organizatoric, cât şi prin prezența medicilor legişti în activitatea comisiilor de specialitate.

- experizele medico-legale psihiatrice au un caracter exclusiv oficial. La fel ca şi în România legislația nu prevede expertize în contradictor, în raport cu solicitările părților, aşa cum se practică în țările anglo-saxone.

Scanned with OKEN Scanner

- spre deosebire de România, în Republica Moldova există structuri diferențiate de psihiatrie medico-legală atât în ceea ce privește activitățile expertale propriu-zise, cât și în modalitățile de asistență a bolnavilor aflați în regim de instituire a măsurilor de siguranță cu caracter medical (în formularea instanțelor din stânga Prutului - supunere la tratament prin constrângere).

Dat fiind existența în Republica Moldova pe întreg teritoriul statului a unei rețele de narcologie, independentă de cea de psihiatrie, în cadrul acesteia se efectuează la nivel local, teritorial cât și central, republican, activitățile expertale impuse de faptele infracționale ale bolnavilor narcologici.

Legislația în uz în prezent în Republica Moldova nu operează cu noțiunea de discernământ ca în România, ci cu noțiunile de responsabilitate / iresponsabilitate.

Între actele redactate de comisiile de expertiză medico-legale psihiatrice de specialiștii din România și Republica Moldova există unele deosebiri în terminologia uzitată față de oficialități. Astfel în timp de în România se folosește termenul de raport de expertiză medico-legală psihiatrică, în Republica Moldova se utilizează pentru conținut similar termenul de act de expertiză.

În Republica Moldova există recunoscut la nivel oficial prezența și activitatea psihiatrilor nominalizați, specializați și diferențiați în domeniul psihiatriei judiciare, în timp ce în România calitatea de membru al comisiilor de expertiză medico-legală psihiatrică aparține teoretic oricărui specialist în psihiatrie căruia i se recunosc competențe în acest domeniu.

## ASPECTE ȘI CONCLUZII PRELIMINARII PRIVIND EFECTUAREA ÎN CONDIȚII DE AMBULATOR A EXPERTIZELOR MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE

Dr. A. CARPA(1), Dr. ELEONORA CUSCNEVICI(1), Dr. V.HOLBAN(1), Dr. L..PÂRLIȚEANU(1), Dr. Gh. NEDELCIUC(2), Dr. C.POSTELNICU(2), Dr. I.NASTAȘ(2)

(1) - Spitalul de Psihiatrie nr.5 Bălți

(2) - Clinica dre Psihiatrie "Socola" Iași

Începând din februarie 1994 la nivelul Spitalului de psihiatrie nr.5 din municipiul Bălți funcționează, în cadrul sistemului de asistență psihiatrică din Republica Moldova, pentru o populație de circa 1,5 mil. locuitori din partea de Nord a statutului, o comisie de specialitate pentru



Scanned with OKEN Scanner

expertize medico-legale psihiatrice. Aceasta efectuează prestații expertale exclusiv pe cale ambulatorie funcționând în cadrul unei secții (compartiment) special înființată în acest sens în cadrul subsistemului de asistență medico-legală psihiatrică, inclus în structura funcțională a spitalului de psihiatrie.

La nivelul respectivei Comisii, în perioada sus-amintită, s-au efectuat un număr de 302 expertize în anul 1994 şi 444 în anul 1995, adică un total de 746. La un număr de 212 subiecți, adică la 28,41%, concluziile expertizelor înaintate organelor de drept au fost de absența tulburărilor psihice cu semnificație clinică psihiatrică. În terminologia încetățenită pentru situații de uz oficial în asemenea situații, se utilizează eticheta "*fără delegrări (tulburări) psihice*". În cazul a 31 examinări, adică în 4,15% din cazuri, procedura examinării ambulatorii a fost apreciată de Comisie ca fiind insuficientă şi incompletă față de obiectivele solicitate de organele de urmărire penală şi justiție. În asemenea cazuri subiecților în cauză li s-a recomandat internarea în staționar de specialitate pentru investigații suplimentare, observație clinică etc. Internările în atare cazuri s-au realizat în Spitalul clinic de psihiatrie Chişinău.

Profilul nozografic şi concluziile expertale medico-legale psihiatrice ale cazuisticii luate în studiu sunt redate în următoarea situație:

| ANUL | 1994 | | 1995 | |
|---|---|---|---|---|
| GRUPE NOZOGRAFICE | Nr. total cazuri | Situații cu concluzii de iresponsa-bilitate | Nr. total cazuri | Situații cu concluzii de iresponsabilitate |
| Schizofrenii | 11 | 4 | 5 | 3 |
| Tulburări mentale de natură organică | 14 | 2 | 6 | 4 |
| Tulburări nevrotice şi tulburări de personalitate | 143 | 2 | 231 | - |
| Oligofrenii | 37 | 2 | 54 | 2 |
| Delirium tremens | 1 | 1 | - | - |
| Tulburări afective | - | - | - | - |
| Fără tulburări psihice manifeste în timpul examinării | 94 | - | 118 | - |
| Fără precizarea diagnosticului (indicații de internare în staționar) | 2 | - | 29 | - |
| TOTAL | 302 | 11 | 444 | 9 |

La numărul total de 745 subiecți expertizați iresponsabilitatea a fost găsită a fi prezentă în 20 de cazuri, adică la 2,68%. În cadrul diverselor



Scanned with OKEN Scanner

grupe nozografice supuse activităților expertale cea mai mare pondere de situații de iresponsabilitate se consemnează la schizofrenii 43,75%, urmate îndeaproape cu 30% de tulburările mentale de natură organică (îndeosebi în cadrul patologiei involutive şi epileptice). Pentru restul de categorii nozografice iresponsabilitatea a fost recunoscută ca fiind prezentă în situații cu totul particulare, 4,93% în cazul oligofreniilor, 0,53% în cazul tulburărilor nevrotice şi de personalitate. Dat fiind faptul că există o rețea independentă de narcologie, activitățile expertale legate de alcoolism, toxicomanii, drogomanii etc., se efectuează aproape în exclusivitate în cadrul acesteia. O asemenea situație explică absența acestei categorii nozografice din statistica prezentată de noi în această comunicare. Consumul de băuturi alcoolice sub forma prezenței de beții alcoolice voluntare, a fost găsit asociat categoriilor nozografice sus-amintite în 15% din cazuri. Prezența sa nu a influențat însă de o factură semnificativă elaborarea concluziei de iresponsabilitate.

Toți subiecții expertizați şi recunoscuți iresponsabili au fost anterior comiterii faptelor penale cunoscuți rețelei de psihiatrie din Republica Moldova ca bolnavi psihici de notorietate şi luați ca atare în evidență de rețeaua de specialitate din teritoriul subordonat metodologic Spitalului de psihiatrie din Bălți.

Infracțiunile comise de asemenea persoane au fost următoarele, potrivit datelor furnizate de organele de urmărire penală şi prevederile Codului penal:

- delicte asupra diverse patrimonii, jafuri, furturi, banditism, delapidări etc. - 50%
- huliganism, amenințări cu moartea, bătăi - 20%
- crime (omoruri), provocare de leziuni corporale - 30%.

În criteriul medical de stabilire a iresponsabilității s-a dat o importanță deosebită din punct de vedere expertal aspectelor sindromologice psihiatrice prezente în perioadele de timp de comitere a diverselor fapte penale. În cazul celor 20 subiecți etichetați ca fiind iresponsabili, sindroamele cele mai pregnante şi semnificative existente în perioadele de comitere a faptelor penale au avut următoarea distribuție:

| Aspectul sindromologic dominant | Nr.cazuri | Valori % față de total cazuri cu iresponsabilitatea |
|---|---|---|
| Tulburări de tip paranoid | 4 | 20% |
| Tulburări halucinator-delirante | 3 | 15% |
| Tulburări de tip parafrenic | 1 | 5% |
| Tulburări de tip demențial | 6 | 30% |
| Tulburări de tip disforic | 3 | 15% |
| Tulburări psihopatiforme | 2 | 10% |



Scanned with OKEN Scanner

| | | |
|---|---|---|
| Delir alcoolic | 1 | 5% |

În cazuistica noastră manifestări de agresivitate maximă s-au întâlnit în cazul schizofreniilor, tulburărilor mentale de natură organică. de factură disforică şi psihopatoidă.

Din activitățile expertale de psihiatrie medico-legală efectuate până în prezent, exclusiv ambulator, la nivelul Spitalului de psihiatrie nr.5 din Bălți, se impun câteva date mai semnificative şi relevante în acest domeniu de activitate,demne de a fi reținute de factorii interesați:

- organizatorice:
  - creşterea operativității în efectuarea actelor expertale;
  - posibilitatea materială ca într-un anumit teritoriu expertizele medico-legale psihiatrice să fie efectuate atât la subiecți aflați în stare de libertate, cât şi asupra persoanelor reținute de organele de poliție sau depuse în instituții de detenție;
  - schimbarea opticii curente de efectuare a expertizelor numai în condiții de internare în staționar.

În ambulator actele expertale se pot realiza cât mai aproape de locul de domiciliu al subiecților şi instituțiilor în care se află datele lor de evidență medicală primară şi de specialitate (cabinete şi dispensare de specialitate, spitale de psihiatrie etc.).

- reducerea timpului necesar efectuării expertizelor. După evaluările noastre, față de situațiile anterioare anului 1994, când timpul mediu de efectuare a expertizei era de circa 20 zile, în prezent acesta a ajuns să fie aproximat a fi necesar la circa 8 zile.

- economice:
  - reducerea semnificativă pentru necesități expertale a spitalizărilor, dat fiind posibilitatea utilizării prompte şi operativ a documentației de specialitate existentă în arhivele rețelei teritoriale de asistență ambulatorie sau la spitalul de psihiatrie;
  - diminuarea şi optimizarea timpului de lucru al instituțiilor şi autorităților implicate în activități de expertiză cât şi a eforturilor material-organizatorice pentru realizarea acestora (transport, însoțire etc.);
  - reducerea cheltuielilor aferente actului expertal pendinte de autăritățile interesate în realizarea acestuia (transporturi cu mijloace auto sau feroviare, corespondențe, însoțire, găzduire etc.).

- medico-psihiatrice propriu-zis:
  - perspectiva şi posibilitatea pentru psihiatrii obligați a presta activități medico-legale psihiatrice de a fi încadrați şi antrenați în activități proprii asistenței psihiatrice obişnuite, de a-şi creşte nivelul pregătirii şi competenței profesionale în diverse domenii ale psihiatriei clinice;



Scanned with OKEN Scanner

- crearea de posibilităţi de instituire sau continuare a asistenţei psihiatrice în mod prompt şi adecvat, în paralel cu efectuarea actului expertal;

- posibilitatea materială de a utiliza în actele de expertiză datele informative existente la nivelul reţelei teritoriale de specialitate şi de a solicita pe loc de la (foştii) medici curanţi date suplimentare, opinii de specialitate despre bolnavii avuţi în evidenţă;

- facilităţi pentru organele teritoriale de justiţie de a cere pe loc suplimente de expertize, lămuriri suplimentare prin prezenţa anumitor specialişti în instanţă;

- apariţia unor posibilităţi reale de crearea de punţi de legătură şi colaborare cu organele de urmărire penală şi de justiţie, ca şi de ridicare a fiabilităţii şi nivelului calitativ al actelor prestate de organele judiciare.

## DIFICULTĂŢI METODOLOGICE ALE EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE

Prof. Dr. T. UDRIŞTOIU, Conf. Dr. D. MARINESCU, Dr. C. MIHĂESCU
Clinica de Psihiatrie Craiova

Expertiza medico-legală psihiatrică reprezintă un teritoriu de interferenţă interdisciplinară juridică, sociologică, medicală şi psihiatrică.

Obiectivele expertizei medico-legale psihiatrice urmăresc următorale aspecte:

1.- corelarea infracţiunii cu existenţa unei suferinţe psihiatrice;
2.- stabilirea entităţii nosologice psihiatrice sau infirmarea prezenţei unei boli psihice;
3.- precizarea discernământului în momentul comiterii infracţiunii;
4.- măsuri de terapie şi profilaxie a comportamentului antisocial, cu insituirea sau nu a măsurilor de siguranţă prevăzute de C.P.

Deşi standardizarea obiectivelor expertizei este unanim acceptată, în momentul actual acestea nu mai corespund realităţii clinice datorită următoarelor aspecte:

**a.**- Modificarea categoriilor şi criteriilor nosografice clasice cu instituirea unor metode diagnostice operaţionale: DSM IV şi ICD.

În contextul actualelor clasificări nosografice, o serie de diagnostice tradiţionale au fost înlocuite cu formulări bazate pe aspectele fenomenologice, preferându-se termenul de "tulburare", "boală" sau episod în locul termenului consacrat în psihoză. Ca efect imediat se realizează o discrepanţă în perceperea formulării diagnostice de către medicii legişti şi organele juridice, fenomen ce a condus la



Scanned with OKEN Scanner

creşterea în ultimii cinci ani a numărului de noi expertize, iar ca efecte de lungă durată a creat aparenţa unor diagnostice diferite de la un nivel de expertiză la celălalt. Stabilirea discernământului reprezintă obiectul central al activităţii de expertiză şi trebuie corelat cu diagnosticul psihiatric în perspectiva multiaxială (DSM IV).

**b.**- Dezvoltarea concepţiei multifactoriale în determinismul bolii psihice şi corelarea acesteia cu nivelele diferite de vulnerabilitate (biologico-genetică, psihologică, cognitivă şi socială) implică o abordare în perspectivă dinamică a cauzisticii.

**c.**- Activitatea de expertiză medico-legală psihiatrică trebuie să fie raliată principiului recuperabilităţii, chiar în situaţiile în care discernământul în corelaţie cu tulburarea psihiatrică (prezentă sau neevidenţiabilă în momentul expertizei) este considerat păstrat şi impune eventuale măsuri terapeutice sau de protecţie socială.

Se poate discuta despre o abordare longitudinală, urmărind dezvoltarea personalităţii, şi factorii de vulnerabilitate (markeri genetici pentru tulburarea psihică, antecedentele pozitive familiale, comportamente de risc, factori psihologici şi sociali) şi plecând de la ipoteza existenţialistă a bolii psihice (fiecare bolnav îşi trăieşte într-o manieră personală propriul destin).

Comiterea infracţiunii, "*momentul infracţional*", beneficiază de o analiză separată, fiind situat la interferenţa unor factori circumstanţiali - favorizanţi - cu factorii de vulnerabilitate ai personalităţii. În acest context devine extrem de utilă abordarea dinamică "MULTIPLAN".

În perspectiva **teoriei vulnerabilităţii**, cercetările fundamentale din ultimii ani au evidenţiat o serie de indicatori biologici ce pot fi cu siguranţă utilizaţi, în perspectiva analizei dinamice:

**1.** Factori de *vulnerabilitate biologico-genetică*:

- sindromul de leziune minimă cerebrală (M.B.D.) - copilul hiperactiv (hiper-kinetic) se asociază cu un deficit serotoninic, (*Lopez Ibor* 1989) ce anticipează: comportamentul violent; agresivitate; comportamentul suicidar; depresia; tendinţa la consum abuziv de alcool şi drog.

De altfel *Cloninger* - 1986-1988 - clasifică alcoolismul în două tipuri, tipul 1 fiind corelat cu deficitul serotoninic, scăderea nivelului de MAO-plachetar, debut precoce şi tendinţa marcată la acte asociale şi comportament suicidar.

Este suficient să subliniem că majoritatea cazurilor de expertiză medico-legală psihiatrică efectuate au evidenţiat în momentul comiterii infracţiunii prezenţa consumului de alcool.

- *Bellak* 1990, insistă asupra deficitului de atenţie (AAD) în



Scanned with OKEN Scanner

antecedentele bolnavilor cu schizofrenie, aceste tulburări fiind prezente încă din copilărie.

**2.** *Vulnerabilitatea cognitivă* se corelează în primul rând cu nivelul de lezionalitate cerebrală, dar şi cu contexte socio-culturale ce trebuie apreciate diferenţiat. Incapacitatea de cogniţie a situaţiilor particulare, corelată cu lipsa sau distorsiunea patologică a motivaţiei, generează principalele dificultăţi adaptive.

**3.** *Vulnerabilitatea psihologică* este legată de analiza factorilor psiho-traumatici, atât a celor surveniţi pe parcursul existenţei, cât şi a celor ce pot fi prezenţi în momentul pre sau intrainfracţional.

Încărcarea familială pozitivă pentru boală psihică, consum de alcool şi comportament antisocial, prezenţa unor tentative suicidare sau a unor dificultăţi de adaptabilitate la nivelul mediului şcolar, corelate cu factori psihotraumatici recenţi de recluziune (riscul suicidului, spectrul comportamentului suicidar) în condiţiile de internare obligatorie sau de recluziune penitenciară.

**4.** *Vulnerabilitatea socială* capătă în etapa actuală o dimensiune particulară datorită nesiguranţei existenţiale, pierderii statutului social şi al suportului afectiv sau material, situaţie ce poate deveni dramatică în cazul bolnavilor internaţi în baza Art.114 C.P., direct proporţional cu perioada internării (din experienţa noastră majoritatea bolnavilor cu infracţiuni grave şi perioade de internare ce au depăşit în medie peste 10 ani, au fost abandonaţi de familie).

**Analiza dinamică** permite mai multe variante de apreciere:

**1.** Dacă personalitatea premorbidă şi vulnerabilitatea anticipează o organizare dizarmonică antisocială sau de tip lezional a personalităţii, măsurile terapeutice specifice psihiatrice sunt practic ineficiente, gradul de recuperabilitate, indiferent de strategia terapeutică, fiind extrem de scăzut. Persoanele aflate în această situaţie trebuie în schimb integrate într-un program de recuperare - resocializare, bazat pe măsuri juridice şi socio-terapeutice individualizate, în cadrul unităţilor penitenciare, urmate de protecţie şi supraveghere socială.

**2.** Dacă infracţiunea survine ca o "*fractură*" în personalitatea preinfracţională, ridică problema debutului medico-legal al unei boli psihice şi impune internarea într-o unitate clinică.

**3.** Dacă momentul infracţional survine la un bolnav psihic cunoscut, stabilirea discernământului nu se bazează aprioric pe diagnosticul anterior, ci pe corelarea stadiului evolutiv al bolii cu momentele circumstanţiale ale comiterii infracţiunii.

În funcţie de aspectele particulare, discernământul poate fi considerat păstrat, diminuat sau abolit. Deşi pare surprinzător, existenţa anterioară a unui diagnostic de schizofrenie, urmată de o perioadă de



Scanned with OKEN Scanner

remisiune de bună calitate şi lungă durată, iar în comiterea infracţiunii există elementul de elaborare şi premeditare, este compatibilă cu păstrarea discernământului dar impune măsuri de siguranţă, ţinând cont de posibilitatea unei decompensări reactive în cadrul recluziunii penitenciare.

**d.**- Discernământul abolit corelat cu diagnostice psihiatrice ce indică o deteriorare marcată cognitivă sau de personalitate, prezintă un potenţial recuperator cvasinul, ceea ce impune măsuri de siguranţă cu caracter definitiv.

Problematica prezentată oglindeşte numai unele faţete ale multiplelor aspecte pe care le implică activitatea de expertiză medico-legală, motiv pentru care pledăm în favoarea instituirii statutului de expert în psihiatria judiciară şi crearea unor unităţi psihiatrice cu profil de psihiatrie judiciară.

O altă dificultate a expertizei medico-legale psihiatrice este problematica discernământului în tulburările psihice secundare somatice, neurologice şi ingestiei de substanţe psihoactive.

Din multitudinea de probeme ce se pot corela cu aceste suferinţe, ne oprim aupra aspectelor practice legate de expertizele psihiatrice retroactive efectuate la bolnavii decedaţi în urma unor asemenea suferinţe şi care anterior decesului au făcut acte notariale:

1. Cazul bolnavilor cu afecţiune oncologică aflaţi în momentul actului notarial sub substanţe analgezice de tip opioid.
2. Bolnavi cu suferinţe somatice grave, ce prezintă alterări ale homeostazei cerebrale, prezentând interferenţe psihotice.
3. Suferinţe neurologice cu tulburări predominent cognitive.

În opinia noastră, în asemenea situaţii se impune obligatoriu, anterior efectuării actului notarial, efectuarea unei expertize medico-legale psihiatrice, în scopul protejării intereselor bolnavului şi familiei sale. Aceste situaţii devenind veritabile momente cheie pentru etica şi deontologia juridică şi psihiatrică.

De asemenea, strategiile de recuperare trebuiesc să fie diferenţiate în funcţie de parametrii obiectivi ai fiecărui caz. Problematica expertizei medico-legale psihiatrice constituie un model de cooperare interdisciplinară şi necesită:

- un statut juridic clar pentru bolnavul psihic
- cadru legislativ adecvat.

În această perspectivă psihiatrul nu are competenţă juridică necesară, dar poate să-şi avizeze partenerii din echipa multidisciplinară că trebuie să ţină cont de următoarele reguli:

1. Bolnavul psihic nu este "*vinovat*" de infracţiunea comisă
2. Nu este un infractor ci un bolnav



Scanned with OKEN Scanner

3. Boala şi nu omul au determinat un anumit comportament deviant

4. Comportamentul antisocial, chiar dacă ocupă primul plan, nu trebuie să umbrească importanța planului secund în care se află "omul bolnav".

5. Principiul recuperabilității bolii psihice trebuie corelat cu măsurile de protecție, atât pentru bolnav, cât şi pentru societate.

## ÎNLOCUIREA ŞI ÎNCETAREA MĂSURILOR DE SIGURANȚĂ CU CARACTER MEDICAL - RESPONSABILITĂȚI, DILEME, RISCURI -

Dr. C. POSTELNICU, Dr. C. BORZA, Dr. LORICA BORZA,
Dr.ROXANA CHIRIȚĂ, Conf. Dr.V.CHIRIȚĂ,
Dr.LILICA ALEXOAIE-CONACHI
Clinica de Psihiatrie "Socola" Iaşi

În viața unităților de psihiatrie (spitale, secții, L.S.M. -uri, centre de sănătate mintală, cabinete etc.) asistența bolnavilor în regimul prevăzut de articolul 144 C.P. (internări medicale) şi articolului 113 C.P. (obligarea la tratament ambulator) a devenit un fenomen tot mai des întâlnit şi cu tot mai multe implicații în activitatea şi viața internă a acestora.

Prevederile deciziei numărul 51720/28.12.1987 - Ministerul Sănătății - de repartizare a județelor la unitățile de psihiatrie care internează bolnavi psihici conform prevederilor articolului 114 C.P., a creat pe teritoriul național nu numai centre nominalizate în acest sens (Poiana Mare, Ştei, Săpoca, Iaşi, Gătaia, Jebel etc) ci şi diferențieri de practici procedurale de înlocuire şi încetare a măsurilor de siguranță cu caracter medical. Însuşi instanțele de judecată abordează prevederile legale în vigoare de o factură diferită în raport de solicitările pe care pe primesc de la diverşi factori. Potrivit prevederilor Codului de Procedură Penală în vigoare - partea specială, titlul III, secțiunea a III-a, încetarea internării medicale, fie înlocuirea acesteia cu obligarea la tratament sunt de resortul judecătoriei în a cărei rază teritorială se găseşte unitatea sanitară: (art.433 c.p.p. alin.2, art.434). Unele instanțe, în baza prevederilor art.437 cod procedură penală, admit revocarea măsurilor de siguranță la cererea persoanelor în cauză, atunci când acestea locuiesc în raza teritorială a acestor instituții, invocă şi îndeplinesc condițiile prevăzute de art.113-116 cod penal. În cazuistica noastră înlocuirea şi încetarea măsurilor de siguranță cu caracter medical s-a realizat în imensa majoritate a cazurilor de către judecătoria Iaşi,



Scanned with OKEN Scanner

instanță în a cărei rază teritorială se găseşte Spitalul Socola. Semnalăm totuşi cazuri de încetare a internării medicale dispuse şi de alte instanțe (Judecătoria Câmpulung Moldovenesc, Judecătoria Piatra Neamț etc.).

Pentru persoanele aflate în unități sanitare în regim de internare medicală, încetarea sau înlocuirea măsurii internării poate fi cerută de:
- unitatea sanitară în care s-a făcut internarea, atunci când aceasta consideră că internarea nu mai este necesară. În acest caz este necesară încunoştiințarea despre această situație a judecătoriei în a cărei rază teritorială se găseşte unitatea sanitară.
- persoana internată sau de procuror. În acest caz instanța cere avizul unității sanitare unde se află cel internat. Revocarea măsurilor de siguranță prevăzute de art.113-116 cod penal în condițiile prevederilor art.437 c.p.p. se realizează însă numai la:
- cererea persoanei în cauză adresată instanței în a cărei rază teritorială locuieşte, atunci când temerile care au impus luarea acesteia au încetat.
- cererea procurorului.

Urmează prin urmare că la bolnavii aflați sub incidența art.114 cod penal, deci în regim de internare, unitatea sanitară poate încunoştiința judecătoria în a cărei rază teritorială se găseşte, pentru înlocuirea şi/sau încetarea măsurii de siguranță respective.

Pentru persoanele aflate sub incidența art.113 cod penal, adică în regim de obligare la tratament medical, revocarea acesteia se poate efectua numai la cererea procurorului sau persoanei în cauză - *ipso facto* urmează că unitatea sanitară (în caz de apreciere asupra posibilității de încetare a obligării la tratament) se poate adresa numai ministerului public, nu şi direct instanțelor de judecată.

Din observațiile noastre rezultă că unele instanțe din afara perimetrului județului Iaşi au dispus înlocuirea şi încetarea măsurilor de siguranță cu caracter medical solicitând în acest sens în prealabil expertize medico-legale psihiatrice utilizând prevederile din Titlul III, Secțiunea X privind expertizele (art.116-127 cod procedură penală).

În opinia noastră Codul de procedură penală în vigoare este concludent şi explicit în sensul că o asemenea practică nu are un temei de a fi înfăptuită prin utillizarea expertizei medico-legale psihiatrice, ci numai prin respectarea expresă a prevederilor din Partea Specială, Titlul III, Capitolul II, Secțiunea III (art.429-439 cod procedură penală).

În conformitate cu aceste prevederi ale codului de procedură penală la Spitalul Universitar de Psihiatrie Socola Iaşi, a funcționat şi funcționează o comisie medicală pentru examinarea periodică a bolnavilor psihici aflați în regim de internare medicală. Această comisie îşi bazează şi îşi îndeplineşte activitățile care îi revin potrivit prevederilor art.430 alin.d, paragraf c, d, art.433, alin.2, art.434 alin.3 cod procedură



Scanned with OKEN Scanner

penală înaintând instanțelor de resort din propria inițiativă a spitalului încunoștiințări, sau la solicitări din partea instanțelor avize.

Comisia în cauză a funcționat şi funcționează în baza unei hotărâri interne a conducerii Spitalului Socola la situația creată prin prezența în structura acestei unități începând din anul 1987 a unui compartiment de 50 paturi nominalizat de Ministerul Sănătății pentru bolnavii psihici supuşi internării medicale (în regim definitiv).

În perioada anilor 1987-1995 bolnavii supuşi măsurilor de siguranță cu caracter medical în regim de internare medicală definitivă au fost asistați în cadrul Spitalului Socola într-un compartiment diferențiat care a funcționat până în 1993 în secția exterioară Răducăneni (Comuna Răducăneni, jud.laşi), iar după desființarea acesteia, în secția exterioară Pădureni Grajduri (Comuna Grajduri, jud.laşi). Un număr variabil de bolnavi au fost asistați pentru anumite perioade de timp şi în secțiile de bolnavi acuți ai spitalului centru în baza unor rațiuni medicale, sau de natură conjuncturală medico-administrative şi/sau juridice.

Dinamica asistenței acestei categorii de bolnavi a fost în perioade de timp 1987-1995 următoarea:

| Anul | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Intrați | 5 | 99 | 37 | 65 | 53 | 57 | 55 | 71 | 44 | 486 |
| Ieşiti | 3 | 25 | 51 | 68 | 40 | 58 | 62 | 67 | 38 | 412 |

Numărul relativ mare de intrați din anul 1988 se explică prin aplicarea prevederilor Deciziei numărul 52720/28.07.1987 Ministerul Sănătății, prin care bolnavii cu domiciliile în județele Suceava, Botoşani, Neamț, laşi, Bacău, Vaslui au fost transferați din diverse unități din țară la secția exterioară Răducăneni, potrivit principiului de asistență în teritoriu cât mai aproape de aparținenții lor.

Un fenomen de-a dreptul îngrijorător în ultima vreme au devenit plecările din spital fără aviz medical (fugile).

În perioada funcționării Secției Răducăneni în condițiile unei perimetrizări adecvate a asistenței bolnavilor, prezenței unui număr relativ suficient de cadre de îngrijire, pază, infirmieri, cadre medii, atât pe ansamblul unității cât şi pe fiecare tură în parte, nu plecau din spital pe an mai mult de 3-6 bolnavi. În această perioadă de timp indicele de aglomerare a unității era în limite rezonabile, permițând o supraveghere continuă a bolnavilor, organizarea judicioasă a timpului lor liber, antrenarea lor permanentă în activități de ergoterapie şi terapie ocupațională. În 6 luni din 1995 au plecat din spital fără aviz medical (fugit) un număr de 19 bolnavi. În ultimul timp fugile din spital au devenit



Scanned with OKEN Scanner

un fenomen care nu mai poate fi stăpânit prin mijloacele administrativ-organizatorice existente la nivelul unității, în pofida unor măsuri persistente de atenționare a sa.

La 19 martie 1996 în evidența Spitalului Socola în cele 6 județe sus amintite 38,63% din bolnavii psihici aflați în regimul de siguranță al internării medicale figurau ca plecați din spital fără aviz medical.

Distribuția bolnavilor în raport de județele de domiciliu a fost: 28% jud.Iaşi, 28% jud.Suceava, 22% jud.Neamț, 10% jud.Bacău, 9% jud.Vaslui, 3% Botoşani.

În statistica noastră suprinde numărul mare de bărbați 98,14% față de un număr extrem de redus de femei 1,85%. Peste 80% din bolnavi au fost cuprinşi în limitele de vârstă între 25-55 ani.

În raport de profesiune bolnavii internați au fost reprezentați la următoarele categorii: persoane fără ocupație - 24%; muncitori necalificați - 22%; pensionați medical - 20%; muncitori calificați - 15%; pensionari cu pensii de serviciu - 8%; agricultori - 5%; ciobani - 4%; profesori - 1%; ingineri - 1%.

Potrivit rapoartelor expertizelor medico-legale psihiatrice diagnosticile stabilite la cei 486 aflați sub incidența art.114 cp în regim de internare medicală definitivă au fost: schizofrenii - 31%; oligofrenii - 26%; epilepsii - 18%; alcoolism cu tulburări psihice - 8%; stări psihopatoide - 7%; psihoze afective - 7%; psihosindroame organice cronice cerebrale - 2%; episoade halucinator delirante - 1%.

Actualmente recunoaştem "*lipsa unor acte normative de anvergură*" (*Fl. Gâldău*) privind bolnavii psihici în general şi bolnavii psihici aflați sub incidența măsurilor de siguranță în special. Elaborarea şi adoptarea unei legi speciale privind întreg statutul juridic al bolnavului psihic, fie şi sub forma unui anteproiect de lege ferenda rămâne în opinia noastră numai un posibil subiect de luat în discuție, nu şi o perspectivă realizabilă în condițiile actuale ale societății noastre într-o perioadă de timp rezonabilă. Mult mai indicată ar fi reactualizarea şi aducerea la zi a unor instrucțiuni ale Ministerului Sănătății astăzi ignorate, considerate a fi căzute în desuetudine sau abrogate, fără a fi însă înlocuite cu altele aduse la zi în lumina experienței căpătate în ultimele două decenii în acest domeniu al asistenței psihiatrice. Subliniem în sensul celor mai sus amintite în special adresele Ministerului Sănătății numărul VI C 3/1416/1987 privind învoirile bolnavilor psihici cuprinşi în prevederile art.114 cp sau trecerea în art.113 cp cât şi adresa numărul IX C - 3572/02 august 1972, privind depistarea, tratarea, internarea şi urmărirea bolnavilor psihici.

Practica încetățenită în prezent în Spitalul Socola este ca bolnavii psihici internați sub eticheta de internare medicală prevăzută de art.114



Scanned with OKEN Scanner

cp să fie examinați periodic la interval de 2-4 luni de către comisia medicală pentru examinări periodice mai sus amintită care are un caracter permanent în cadrul unității.

În raport de situația medico-psihiatrică şi social-familială a fiecărui caz în parte comisia a adoptat şi continuă să susțină următoarele atitudini:

**a)** consemnarea în foile de observațiii clinice ale bolnavilor a tuturor examinărilor (reexaminărilor) şi a concluziilor acestora privind viitorul statut juridic - administrativ al bolnavilor în cauză. Comisia concluzionează de fiecare dată în sensul dacă internarea este sau nu mai este necesară în continuare şi implicit că unitatea poate trimite încunoştiințare scrisă la judecătorie în acest sens. Aprecierile de acest gen sunt în general destul de rare şi de obicei în cazuri de infracțiuni uşoare cu o expectanță redusă de reiterare după efectuarea ieşirii din spital (vezi în acest sens art.433 alin.1 Cod proc.pen);

**b)** enunțarea propunerii că măsura internării medicale poate fi înlocuită cu obligarea la tratament prevăzută de art.114 cod penal în cazul în care aparținătorii pacientului îşi iau angajamentul scris prin declarație notarială că vor asigura pacientului în societate întreținere, supraveghere şi respectarea recomandărilor medicale care se vor da la ieşirea din spital. Demersurile de încetare sau înlocuire a măsurii internării pot fi înaintate instanțelor de judecată în acest sens de persoana în cauză sau procuror. În practică asemenea demersuri sunt efectuate de regulă de aparținătorii bolnavilor direct către instanță sau prin intermediul unui avocat ales de cei în cauză. În asemenea cazuri aprecierea Comisiei se înaintează judecătoriei numai la solicitarea instanței sub forma avizului prevăzut de art.434 alin.2 cod proc.pen.

În opinia noastră arborele de decizie şi de responsabilități privind înlocuirea şi/sau încetarea măsurilor de siguranță cu caracter medical trebuie să fie cât mai complex şi mai elaborat. Noțiunea de însănătoşire, condiție fundamentală de lege lata, pentru a susține înlocuirea şi/sau încetarea măsurilor de siguranță cu caracter medical are un conținut semasiologic de relevanță exclusiv juridică, nu şi medicală. Vocabula *însănătoşire* nu figurează în limbajul medical oficial în uz, deoarece bolnavii ies din spital vindecați şi nu însănătoşiți de bolile pentru care au fost internați.

Lucrările lexicografice naționale de referință în acest domeniu (cf. Dicționarul Medical. Editura medicală, Bucureşti, 1969; Medicina legală; Definiții şi interpretări, Editura Junimea Iaşi, 1986) nu au incluşi printre numeroşii termeni care-i definesc, noțiunile de însănătoşire şi vindecare. DEX. 1975 (Dicționarul explicativ al limbii române) defineşte însănătoşirea ca fiind în fapt vindecare (ÎNSĂNĂTOŞIRE, însănătoşiri,



Scanned with OKEN Scanner

s.f. Faptul de a (se) însănătoşi, vindecare), iar vindecarea ca însănătoşire (VINDECARE, vindecări, s.f. Acţiunea de a (se) vindeca şi rezultatul ei; însănătoşire). O situaţie similară se întâlneşte şi în lucrările de lexicografie juridică, penală, civilă, familială etc. (cf. Dicţionar Juridic Penal, 1976, Dicţionar de drept civil, 1980 etc). A concluziona într-o atitudine hermeneutică ştiinţifică riguroasă că bolnavii psihici supuşi măsurilor de siguranţă cu caracter medical s-au însănătoşit, ori s-au vindecat, în urma tratamentului efectuat pe timpul spitalizării, ar însemna o abdicare de la cele mai elementare principii deontologice ştiinţifice. Poate cineva afirma la nivel de adevăr juridic că medicina a ajuns să vindece în prezent schizofreniile, epilepsiile, demenţele, oligifreniile etc. adică imensa majoritate a entităţilor nozografice în cazul cărora se află incluşi bolnavi supuşi măsurilor de siguranţă? În practica clinică privind asistenţa acestor categorii de bolnavi ameliorările, compensările, remisiunile de lungă durată însoţite de un comportament liniştit cu integrare în viaţa unităţii şi în activităţile de ergoterapie sunt criteriul cel mai la îndemână pentru a aprecia asemenea pacienţi ca fiind susceptibili de a fi etichetaţi însănătoşiţi. Observaţia clinică îndelungată a acestor bolnavi permite unui personal avizat să emită un prognostic fiabil asupra expectanţelor comportamentale ale pacienţilor, element uneori decisiv în susţinerea stării de însănătoşire. În observaţiile noastre există bolnavi supuşi măsurilor de siguranţă cu caracter medical cu comportamente iterative de ordin infracţional, realizând etichete perfect îndreptăţite de infractori din obicei. De fapt chiar şi juriştii acceptă ca echivalent semasiologic al însănătoşirii starea de ameliorare a bolii. În Dicţionar de procedură penală, 1988, se arată că "*în caz de ameliorare a celui internat, internarea medicală poate fi înlocuită cu măsura de siguranţă a obligării la tratament medical*".

Pornind de la principiul "*Lex ita scripta est*" (Legea aşa a fost scrisă) trebuie să arătăm că înlocuirea sau încetarea internării medicale lasă la latitudinea instanţei să asculte şi persoana în cauză după ce a luat la cunoştinţă de încunoştiinţarea sau avizul înaintat de unitatea sanitară în care se află acesta (art.434 cpp).

O situaţie similară este prevăzută şi în cazul înlocuirii tratamentului medical (art.431 cpp). În opinia noastră instanţele juridice trebuie să opereze în asemenea situaţii după prevederile legii şi nu după criteriologii şi opinii medicale care sunt mult mai variabile în timp, supuse la subiectivisme sau interpretări conjuncturale. În opinia noastră încunoştiinţarea sau avizul instituţiilor medicale sunt în accepţiunea procedurii penale mijloace de probă. Ele trebuie apreciate de organele judiciare potrivit convingerii acestora, formată în urma examinării tuturor



Scanned with OKEN Scanner

probelor din dosarul cauzei, conducându-se după conştiinţa lor juridică atunci când îşi elaborează hotărârile, sentinţele.

Încunoştiinţările şi avizele pot fi suficiente ca mijloace de probă utile, directe, concludente dar nu totdeauna suficiente şi evidente. O probă admisibilă care după observaţia noastră în cazuri particulare poate căpăta în instanţă o valoare deosebită este ancheta socială (cercetarea de teren) efectuată în dinamică şi mai ales în momentul deschiderii acţiunii de înlocuire sau încetare a internării medicale şi înlocuire a tratamentului medical.

O asemenea probă în opinia noastră trebuie cerută în instanţă în tot mai multe cazuri şi în special atunci când este vorba de subiecţi care au comis crime. Ancheta socială dă posibilitate instanţei de a avea o viziune cât mai corectă asupra disponibilităţilor de integrare a subiecţilor în societate, asupra expectanţelor lor comportamentale şi mai ales asupra viitorului lor status socio-familial şi existenţial. Motivat de această situaţie comisia medicală de la Spitalul Socola recomandă instanţelor ca la înlocuirea sau încetarea internării medicale familia bolnavului să fie implicată de o manieră directă cu asumarea de responsabilităţi juridic-administrative, în procesul de asistenţă şi supraveghere extramuros a respectivilor bolnavi. În încunoştiinţările cât şi în avizele înaintate instanţelor, propunerile de înlocuire a măsurilor de siguranţă sunt condiţionate de prezenţa în dosarul cauzei a unei declaraţii notariale din partea aparţinătorilor pacienţilor în sensul unui angajament scris ferm şi explicit ca aceştia să-i asigure supraveghere permanentă, mijloace materiale de existenţă, cazare corespunzătoare, respectarea întocmai a recomandărilor medicale care se vor acorda la ieşire. Din datele noastre de observare catamnestică a bolnavilor psihici asistaţi în cadrul măsurilor de siguranţă cu caracter medical rezultă necesitatea ca majoritatea dintre ei să fie supuşi la măsuri psihoprotective în continuare sub formă de curatelă, tutelă, interdicţie. Dar cum pot fi recomandate şi instituite asemenea măsuri când eticheta juridică a înlocuirii sau încetării măsurilor de siguranţă cu caracter medical este de însănătoşire, adică de absenţa din punct de vedere juridic a existenţei bolii psihice?

Un element care trebuie subliniat şi făcut cunoscut instanţelor cât şi opiniei publice este acela al prezenţei situaţiilor de risc imprevizibil în comportamentul bolnavilor cu antecedente de beneficiari ai măsurilor de siguranţă cu caracter medical. Tendinţa de a arunca răspunderea în asemenea cazuri exclusiv pe seama reţelei medicale este o formă de antipsiatrism primar şi comod din partea societăţii, de derobare a acesteia în totalitate de la numeroasele responsabilităţi faţă de această categorie de membrii ai ei.



Scanned with OKEN Scanner

*Last But Not Least* (trebuie arătat că bolnavii psihici supuşi măsurilor de siguranță sunt mari consumatori de asistență medicală, că formalitățile juridico-administrative de asistență a lor impun operațiuni laborioase de domeniul biroticii medicale şi judiciare, corespondențe numeroase către diverse autorități, personal numeros cu experiență şi cunoştințe juridice în acest domeniu etc.

Dincolo de asistența medicală propriu-zisă asemenea bolnavi necesită un permanent proces de asistență juridică care în modelul său ideal de existență şi funcționare ar presupune ca fiecare bolnav să aibă angajat pentru apărarea intereselor sale un avocat personal, nu numai în fața instanțelor, ci pe tot parcursul procesului de asistență medicală.

În realitățile cunoscute nouă acest ideal este o condiție dezirologică, aproape imposibil de realizat la imensa majoritate a bolnavilor din această categorie atunci când se cunoaşte faptul că instituțiile medicale care asistă asemenea bolnavi nu au în organica lor nici măcar jurist-consulți abilitați a presta oficiul de avocați pentru asemenea subiecți. Mai mult decât în alte situații juridice este cazul a nu uita că bolnavilor psihici față de alți membri ai societății li se aplică adesea maxima lui *Juvenal* "*dat veniam corvis, vexat censura columbas*" (cenzura îi iartă pe corbi şi îi năpăstuieşte pe porumbei").

## PARTICULARITĂȚI ALE EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE ÎN INFRACȚIUNILE DE PRUNCUCIDERE. DISPUNEREA ŞI APRECIEREA CRITICĂ A EXPERTIZELOR

Prim procuror V. MIRIŞAN, Procuror şef secție urmărire penală I. MOLDOVAN
Parchetul de pe lângă Tribunalul Sălaj

### I. Categoriile de expertizare ce se pot efectua în cazul infracțiunii de pruncucidere

În cazul cercetării infracțiunii de pruncucidere, organele judiciare trebuie să stabilească următoarele stări de fapt, pentru a putea încadra şi sancționa corect această categorie de fapte:

- victima să fie un nou-născut viu;
- fapta să fie săvârşită după naştere;
- să se determine în concret subiectul activ, care trebuie să fie mama, în raport de filiație cu victima;
- în momentul faptei, autoarea trebuie să se găsească într-o stare de tulburare pricinuită de naştere.

Necesitatea clarificării acestor aspecte a fost subliniată şi prin Decizia de îndrumare a Plenului Tribunalului Suprem nr.2/1976 (în



Scanned with OKEN Scanner

R.R.D., nr. 5/1976, p. 44). Instanța supremă a dat îndrumări în acest sens, indicând să se stabilească situațiile de fapt şi pe calea unor expertize medico-legale, care pot fi de trei categorii.

**A.** expertiza asupra cadravului noului-născut;

**B.** expertiza cu privire la starea "*post partum*" a autoarei;

**C.** expertiza cu privire la existența sau inexistența stării de tulburare pricinuită de naştere, în momentul săvârşirii faptei de către mamă.

**A.** Expertiza asupra cadavrului noului-născut

Nu vom insista asupra expertizării medico-legale privind cadavrul noului-născut, această expertiză este obligatorie în infracțiunile de pruncucidere şi nu face obiectul acestei lucrări. Vom aminti doar că este obligatorie stabilirea stării de nou născut (născut viu), mecanismul prin care s-a produs decesul, durata vieții extrauterine şi alte elemente utile.

**B.** Expertiza cu privire la starea "*post partum*" a autoarei.

Obiectivele acestei expertize privesc stabilirea de date cât mai complete cu privire la împrejurările şi urmările naşterii. Din expertizarea mamei bănuite trebuie să rezulte o serie de concluzii în legătură cu faptul naşterii, care privesc atât persoana autoarei, precum şi modul cum a decurs procesul fiziologic al naşterii. Încercăm mai jos să sistematizăm obiectivele ce se adresează experților în asemenea cazuri:

- dacă femeia supusă expertizei prezintă urmele unei naşteri recente.
- care sunt aceste urme, discutarea valorii în cadrul raportului.
- stabilirea aproximativă a datei naşterii.
- dacă naşterea a fost ca urmare a unei sarcini la termen sau a unei sarcini premature.
- modul cum a putut decurge naşterea (normală, precipitată, asistată sau neasistată etc.).
- dacă în raport de aceste date, femeia a putut avea tulburări, stări de agitație, pierderi temporare de cunoştință, dureri mari etc.
- dacă subiectul examinat este o femeie primipară sau multipară.

În raport de situația de fapt, de probele de la dosar şi de probabile versiuni în apărare, se pot formula şi alte întrebări. Astfel, *M.Capotă*, într-un articol publicat în "*Probleme de criminalistică şi de criminologie*" nr.2-3 /1983, p.118-125, citează cazul unei inculpate, care, multipară fiind, a invocat în apărare faptul că nu a ştiut că este însărcinată, explicând în acest fel împrejurarea că a născut neasistată. Una din întrebările formulate a privit această împrejurare şi anume dacă o femeie poate duce sarcina la termen, fără să cunoască acest lucru.

Subliniem că valoarea probantă a unei asemenea expertize este legată în mod direct de data la care se face examinarea subiectului. O serie de date ce ar trebui lămurite nu mai pot fi obținute în cazurile în care examinarea se face la un timp mai lung de la naştere, iar în cazul



Scanned with OKEN Scanner

în care autoarea este descoperită după trecerea unor ani, expertiza asupra mamei este irelevantă.

**C.** Expertiza cu privire la existența sau inexistența stării de tulburare pricinuită de naştere, în momentul săvârşirii faptei de către mamă.

În legătură cu tulburarea pricinuită de naştere, Tribunalul Suprem, secția penală, prin decizia nr.3865/1971 (C.D.-1971, p.297) a stabilit că, "*ceea ce determină încadrarea faptei în art.177 c.p. nu este o tulburare determinată de împrejurări lăturalnice procesului fiziologic al naşterii, ci tulburarea cauzată de o stare psihofiziologică anormală, ce uneori se poate produce în timpul naşterii. Complexul de situații conflictuale premergătoare şi exterioare naşterii, ca şi consecințele acestora asupra psihicului femeii (de pildă teama de reacția părinților sau oprobriul celor din jur), nu sunt decât mobiluri ale săvârşirii faptei, neputânduli-se da efect juridic, în sensul de tulburare pricinuită de naştere, astfel cum prevede art. 177 C. pen.*".

Plenul Tribunalului Suprem, prin decizia de îndrumare nr. 2/1976, a consacrat că, "*nu orice tulburare, cauzată chiar şi de factorii externi este de natură să justifice încadrarea faptei în art. 177 C.pen., ci numai tulburarea ivită în procesul naşterii sau consecutiv acesteia. Procesele afective specifice naşterii ori manifestărilor emoțional-afective determinate de anumite situații neconvenabile mamei, de exemplu: împrejurarea că a fost părăsită de bărbatul cu care a întreținut relații intime, teama că va fi alungată de părinți, anumite concepții retrograde datorită nivelului cultural redus, pot fi luate în considerare la individualizarea pedepsei, fără ca aceste împrejurări să poate duce la încadrarea juridică a faptei în dispozițiile art. 177 C.pen.*"

Cu toate acestea, Tribunalul Suprem nu s-a manifestat constant, existând cazuri când s-a îndepărtat de îndrumările de pricipiu date în materie. Exemplificăm în acest sens dos. nr. 303/1984 al Tribunalului județean Sălaj, privind pe inculpata F.L., în care s-a pronunțat sentința penală nr.9/21.0601985 - menținută de Tribunalul Suprem, secția penală, prin respingerea recursului procurorului (Decizia nr. 2532/29.101985). În speță, s-a stabilit că inculpata F.L., în vârstă de 19 ani, în noaptea de 15/16 ianuarie 1984, a născut un copil de sex masculin, la termen, pe care l-a abandonat în closetul locuinței. La 2 zile de la naştere s-a internat în spital cu septicemie şi fapta a fost sesizată organelor procuraturii de către personalul sanitar.

Din probele administrative în cauză a rezultat că inculpata şi-a ascuns sarcina, că nu i-a adus acest lucru la cunoştința bărbatului cu care a întreținut relații sexuale, iar la repetatele întrebări ale mamei a negat că ar fi însărcinată. Nu s-a prezentat la dispensarul medical,



Scanned with OKEN Scanner

tocmai pentru a nu se şti că este însărcinată, iar cu 3 zile înaintea naşterii a dat o declaraţie în faţa organelor de miliţie în care arată că este gravidă în luna III-a, ocazie cu care i s-a atras atenţia de a da curs sarcinii. Nici după ce a născut nu i-a adus la cunoştinţă mamei acest lucru. Din comportamentul pre şi postnatal al inculpatei a rezultat că aceasta a urmărit în mod deliberat să-şi ucidă copilul, aşa după cum a declarat constant în cursul cercetării penale şi cercetării judiciare.

În raportul de expertiză, iniţial s-a conchis că "*documentaţia medicală infirmă tulburări psihice legate de complicaţii directe în legătură cu mecanismul naşterii*".

După un an de la comiterea infracţiunii, la solicitarea instanţei, Laboratorul exterior de medicină legală Cluj-Napoca a întocmit o nouă expertiză medico-legală psihiatrică, fără examinarea inculpatei, în care s-a concluzionat că aceasta a prezentat o reacţie de tip anxios şi ca atare a acţionat într-o stare motivată pe o reinterpretare a probelor de la dosar, în sensul că inculpata fiind necăsătorită a avut o reacţie de frică faţă de împrejurarea că va naşte un copil în afara căsătoriei, că va fi supusă oprobriului public şi al familiei şi va avea un statut social neconvenabil. Este însă cert că apariţia unor reacţii de tip anxios, pentru motivele arătate mai sus, nu este în legătură cu actul fiziologic al naşterii ci reprezintă doar mobiluri ale comiterii infracţiunii de omor calificat. În cazul de faţă, experţii şi-au depăşit în mod evident competenţele. În loc să-şi întemeieze concluziile pe acte şi observaţii medicale au făcut o interpretare a probelor de la dosar, atribut ce aparţine în exclusivitate instanţei. Comisia superioară medico-legală a avizat raportul L.E.M.L. Cluj-Napoca, fără însă a motiva acest aviz.

În temeiul acestor acte medico-legale, ignorând toate celelalte probe, instanţa a recalificat fapta din omor calificat în pruncucidere, soluţie menţinută de Secţia penală a Tribunalului Suprem.

Într-o speţă similară (sentinţa penală 14/1.08.1986) Tribunal judeţean Sălaj a condamnat pe inculpata B.E.P. la 15 ani închisoare pentru infracţiunea prev. de art. 175 lit. "c" şi "d" C. pen. Din probele de la dosar a rezultat că, B.E.P., în vârstă de 25 de ani, necăsătorită, având un copil nelegitim de 4 ani, a întreţinut relaţii incestuase cu fratele său B.K., relaţii în urma cărora a născut la 31 mai 1986, dimineaţa, la domiciliu, neasistată, un făt viu, de sex feminin, căruia imediat după naştere i-a tăiat gâtul cu foarfecele, iar ulterior l-a îngropat în grădina casei. A ascuns sarcina de membrii de familie, precum şi de fratele său şi a luat hotărârea că atunci când va naşte să ucidă noul-născut, ceea ce a şi făcut. Şi-a motivat fapta prin aceea că, necăsătorită fiind ar fi fost supusă oprobriului public, cu atât mai mult cu cât noul-născut era conceput din relaţii incestuoase. Iată, aşadar, din nou suntem în faţa



Scanned with OKEN Scanner

aceleeaşi reacţii de tip anxios, determinată nu de actul naşterii în sine, ci de semnificaţia sa socială. Expertiza medico-legală psihiatrică a conchis că inculpata nu a prezentat tulburări majore alternative ale conştiinţei, în momentul naşterii, comportamentul ei agresiv fiind generat nu de naşterea propriu-zisă ci de o decizie anterioară luată în deplină luciditate.

Din cele două exemple rezultă clar asemănarea frapantă a conduitei inculpatelor, a mobilurilor precum şi a faptului că ambele, anterior naşterii au luat decizia de a ucide nou-născut. Nici una nu a prezentat tulburări legate direct de actul naşterii, ci doar frica de o anumită opinie care condamnă moral pe mama care naşte un copil din afara căsătoriei. Cu toate acestea, tratamentul juridic aplicat celor două inculpate a fost diferit.

Greşeala instanţei din primul exemplu citat se datorează aprecierii necritice a expertizelor medico-legale, a neobservării caracterului formal al avizului Comisiei superioare şi lipsei suportului ştiinţific al concluziilor celei de a doua expertize. Putem conchide că acestea au fost apreciate prin ruperea lor de contextul probator.

Într-o speţă mai recentă a Tribunalului Sălaj - lipsa de suport ştiinţific a une expertize precum şi aprecierea ei necritică au dus la achitarea inculpatei. Astfel, prin rechizitoriu din 19.11.1992 a fost trimisă în judecată inc. L.V. în vârstă de 16 ani, care născând singură la domiciliu, a luat noul născut, înfăşurat într-un cearşaf şi deplasându-se câteva sute de metri l-a aruncat într-un canal de dejecţii. A curăţat locuinţa de orice urmă şi a ascuns fapta până la descoperirea ei de organele de poliţie. Prima expertiză stabileşte că naşterea a fost normală, inculpata n-a prezentat stări de alterare psihică şi omorul l-a comis de frica părinţilor. A doua expertiză efectuată la I.M.L.Bucureşti concluzionează că "la data săvârşirii faptei nu a avut capacitatea psihică de a înţelege conţinutul şi consecinţele social-negative ale faptei sale (discernământ abolit).

Toate argumentele aduse în sprijinul concluziei sunt de ordin social şi nu medical. Singurul examen paraclinic este E.E.G. - (fără modificări de traseu). Dintre argumentele din prima categorie, amintim, fără să comentăm, următoarea afirmaţie "*Provine dintr-o familie organizată, mediu urban, oraş mic, Transilvania de N.V.- cu nivel socio-economic precar şi nivel cultural scăzut*" (S.P. 6/05.05.1993- T.Sălaj).

Şi literatura de specialitate, în cvasiunanimitatea sa a atribuit noţiunii de "*tulburare pricinuită de naştere*" acelaşi sens ca şi decizia de îndrumare a Plenului Tribunalului Suprem nr. 2/1976. Amintim totuşi că există şi unele opinii "*nuanţat*" contrarii, care avansează ideea că în sfera "*tulburării pricinuite de naştere*" ar intra şi încărcarea afectivă - emoţională, pe care o trăieşte mama însărcinată, ca urmare a unor



Scanned with OKEN Scanner

condiții de ordin socio-familial, care pot să genereze rezoluția ucigașă, chiar dacă sub aspect medical sarcina a decurs normal (*T.Vasiliu, I.Dobrinescu*).

Punctul sensibil al aprecierii stărilor post partum este aprecierea corectă a trăirilor psiho-fiziologice ale mamei, delimitarea stării de tulburare care poate îngusta câmpul conştiinței, de o alterare majoră a psihicului care poate atrage o totală lipsă de discernământ. În acest din urmă caz, nu ne vom găsi în fața unei responsabilități ci în fața prevederilor art. 48 C.pen., iresponsabilitatea, cauză care înlătură caracterul penal al faptei.

Discutând aceste probleme, se relevă mai pregnant importanța pe care o prezintă expertiza medico-legală psihiatrică cu privire la starea mamei în momentul săvârşirii faptei, pentru lămurirea noțiunii de "*tulburare pricinuită de naştere*".

**a. Momentul în care intervin experții medico-legali**

După identificarea mamei ucigaşe, ea este internată pentru observare şi examinare de specialitate, urmând ca după o perioadă de timp necesară edificării specialiştilor să se finalizeze actul de expertiză.

Data la care se face examinarea, raportată la momentul naşterii, este de o importanță deosebită şi se repercutează direct asupra calității concluziilor medico-legale. Aceasta pentru că starea de tulburare capabilă să îngusteze câmpul conştiinței prezintă o trăsătură specifică: tranzitorialitatea.

**b. Obiectivele expertizei medico-legale psihiatrice**

În raport de datele de anchetă, întrebările ce se pot formula experților pot fi variate, având un caracter general sau să privească anumite aspecte concrete rezultate din probațiune.

În mod obligatoriu, se vor formula însă următoarele obiective:

- dacă subiectul expertizării prezintă boli psihice organizate, care este modul lor de manifestare posibil.
- dacă prezintă boli ale intelectului, care anume şi ce consecință pot avea acestea.
- dacă în momentul naşterii a avut stări de tulburare, care au fost aceste stări şi cum se manifestă.
- dacă în momentul săvârşirii faptei subiectul a fost într-o stare de tulburare.
- dacă între eventuala stare de tulburare capabilă să afecteze câmpul conştienței şi fapta comisă, există un raport de cauzalitate.
- examinarea raportului de cauzalitate între actul naşterii şi apariția stării de tulburare.

**c. Metodologia expertizei medico-legale psihiatrice** cu privire la starea de tulburare pricinuită de naştere.



Scanned with OKEN Scanner

Sintetizăm în cele ce urmează o succintă metodologie, existentă în practica unităților din județul Sălaj, care după opinia noastră asigură calitatea concluziilor.

**1.**- Expertiza se dispune de organul de urmărire penală în scris, cu fixarea obiectivelor şi întrebărilor, în mod clar, fără ambiguități.

**2.**- Experții vor lua cunoştință de actele de urmărire penală de la dosar, în totalitate, pentru a înțelege modul în care s-a săvârşit fapta.

**3.**- Internarea obligatorie a făptuitorului în secția de specialitate, cu efectuarea tuturor analizelor de ordin medical.

**4.**- Punerea la dispoziția experților a unor date care pot fi necesare şi pentru ancheta penală dar prezintă interes sporit pentru experți. În acest sens sunt datele referitoare la familia subiectului, şcolarizarea, conduita anterioară şi posterioară faptei, comportarea la locul de muncă, sfera de relații, modul în care a reacționat în anumite situații de viață etc.

În ceea ce priveşte modul în care se efectuează expertiza au fost stabilite o serie de criterii, după cum urmează:

**1.**- Starea psihică şi fizică a femeii la data comoterii faptei.

**2.**- Starea psiho-somatică la data examinării, cu mențiunea că atunci când distanța în timp între aceste date este mare, condițiile de asigurare a exactității concluziilor, relativ la noțiunea de "*tulburare*" sunt diminuate.

**3.**- Modul cum subiectul "*realizează*" fapta incriminată raportat la conținutul, suportul şi procedeul comiterii faptei. Motivația are însemnătatea sa în aprecierea psihică a subiectului.

**4.**- Examinarea unor posibile afecțiuni care ar implica abolirea discernământului: schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă, paranoia, stări confuzionale post critice din epilepsie, psihoze post partum, oligofrenii gradul II, III în care motivația este patologică etc.

**5.**- Examinarea unor afecțiuni posibile de ordin organic, cum ar fi cele cardiace, endocrine-tiroidiene sau ale suprarenalei, care la naştere se pot exacerba; eventualii factori cerebrali toxici infecțioşi, traumatici; posibilitatea existenței şocului obstetrical, hemoragic.

**6.**- Studierea antecedentelor personale, heredocolaterale, cu deosebire boli psihice sau afecțiuni endocrine-tiroidiene sau cardiace şi ginecologice, ce prezintă deosebită importanță.

**7.**- Studierea şi aprecierea datelor de anchetă penală deosebit de importante pentru demonstrarea "*pas cu pas*" a acțiunilor sau inacțiunilor mamei.

Scanned with OKEN Scanner

8.- Examinarea personalității subiectului, precum și efectuarea unor teste psihologice obligatorii. În acest sens se va stabili tipul de personalitate:
normală; nevrotică; nedezvoltată (debilitate mintală); dezarmonică; psihotică; degradată până la demență.

De aceea, investigarea psihologică va viza atât funcțiile cognitive (atenția, memoria, gândirea și limbajul), cât și tipul de personalitate, folosind metodele subiective, obiective și proiective, aducându-se date care ajută la stabilirea unor concluzii concrete.

În secția de psihiatrie a Spitalului județean Sălaj, examinările psihologice s-au făcut și prin aplicarea unor teste cum ar fi: testul asociativ; testul Szondi de ordonare; testul Luscher; testul RAVEM.

Sublinem necesitatea distincției între bolile psihice majore în care, în principiu, discernământul este abolit și "*tulburarea psihică*" legată de momentul nașterii, stare intens afectivă, care influențează conduita mamei ca act de conștiință cu tulburări calitative sau cantitative și care apar mai frecvent la:
- personalități de intelect la limită sau în debilitatea mintală, în care instinctul matern este diminuat sau abolit;
- personalități subculturale, bigote etc;
- personalități dizarmonice (accentuate) imature psiho-afectiv, instabile, cât și reacțiile psihogene de șoc anxios-depresive, care pot apare mai ales când nașterea nu este asistată sau se desfășoară în condiții improprii, cu igienă precară.

9.- Formularea concluziilor raportului în comisie, din care fac parte obligatoriu un medic legist, medicul psihiatru, psihologul și în funcție de caz și alți specialiști.

**II. Valoarea probatorie a expertizelor medico-legale în cazul infracțiunii de pruncucidere. Aprecierea critică a acestora.**

Expertizele medico-legale sunt probe în procesul penal, fiind prevăzute în Codul de procedură penală. Astfel, articolul 117 C, proc. pen. arată că, expertiza se dispune și se efectuează în mod obligatoriu:
- în cazul infracțiunii de omor deosebit de grav;
- când organul judiciar are îndoieli cu privire la starea psihică a învinuitului sau inculpatului;
- dacă nu au fost stabilite cauzele morții prin intermediul unei constatări medico-legale anterioare ( art. 117 alin. 3 C proc. pen. ).

Decretul nr.446 / 1966, pentru organizarea instituțiilor și serviciilor medico-legale, prevede cadrul legal în care se desfășoară expertizele medico-legale, iar art. 43 din Regulamentul de aplicare a actului normativ sus menționat cuprinde și unele dispoziții privind metodologia



Scanned with OKEN Scanner

de efectuare a expertizei medico-legale psihiatrice, dispoziții ce au fost amintite în lucrarea noastră.

Expertiza medico-legală, atât cu privre la cauzele morții violente, precum şi expertiza medico-legală psihiatrică sau cu privire la starea de post partum a mamei, reprezintă probe valoroase în cadrul procesului penal, în care se soluționează infracțiunea de pruncucidere.

**1.**- Valoarea acestor probe este dată de gradul de precizie ştiințifică pe care îl conțin. Când fundamentarea pe date ştiițifice şi medicale este mai slabă, numărul de erori ce se pot strecura în concluziile rapoartelor creşte. De aceea, primul criteriu de apreciere a acestor probe este cel al valorii lor ştiințifice.

**2.**-Importanța probelor sus menționate rezidă şi în împrejurarea deloc de neglijat, că în anumite situații nu se pot face dovezi prin alte mijloace de probă. Enumerăm în acest sens stabilirea unor afecțiuni psihice, stări de post partum etc.

**A. - Aprecierea critică a expertizelor**

În conformitate cu art. 63 C.p.p., "*Constituie probă orice element de fapt care serveşte la constatarea existenței sau inexistenței unei infracțiuni, la identificarea persoanei care a săvârşit-o şi la cunoaşterea împrejurărilor necesare pentru justa soluționare a cauzei*".

Aliniatul 2 al aceluiaşi articol instituie principiul procesual al egalității probelor: "*Probele nu au o valoare mai dinainte stabilită. Aprecierea fiecărei probe se face de organul de urmărire penală şi de instanța de judecată potrivit convingerii lor, formată în urma examinării tuturor probelor administrative*".

Pentru organul judiciar este important să posede o metodologie după care să se orienteze în aprecierea probelor, cu referință specială la expertize, în speță cele medico-legale.

Procesul aprecierii expertizelor presupune un proces psihic de gândire şi corelare logică a datelor din actele sus menționate. Etapizând, vom putea sintetiza:

**1.**- Examinarea formală a rapoartelor de expertiză.

În acest moment organul judiciar după lecturare examinează următoarele aspecte:

- dacă expertiza a răspuns la toate obiectivele formulate de organul judiciar;
- dacă răspunsurile sunt complete;
- dacă concluziile se întemeiază pe examinări medicale de specialitate sau pe studiul unor acte medicale preexistente (foi de observație, bilete de ieşire din spital etc.);
- dacă persoana expertizată a fost internată în spital
- dacă raportul de expertiză a fost semnat de toți specialiştii necesari;



Scanned with OKEN Scanner

- dacă în caz de moarte violentă ca urmare a unei acțiuni intenționate, raportul a fost avizat de Comisia de avizare şi control a actelor medico-legale;
- dacă raportul a fost completat sau refăcut conform îndrumărilor date de organul judiciar.

**2.**- A doua etapă constă în examinarea de conținut a raportului medico-legal. În cadrul acestei etape, în principal se vor verifica următoarele aspecte:
- dacă expertiza corespunde exigențelor ştiințifice;
- dacă s-a folosit o metodologie de lucru corectă;
- dacă concluziile se coroborează cu celelalte probe din dosar sau prezintă diferențe ori sunt contrare datelor obținute prin ancheta penală sau judiciară;
- examinarea preciziei concluziilor.

Din acest punct de vedere trebuie să subliniem că ele pot fi:
a) cert pozitive;
b) cert negative;
c) posibile;
d) probabile.

Natura concluziilor după acestă clasificare este dată de posibilitățile ştiințifice ale experților, precum şi de posibilitatea modificării anumitor stări sau obiecte supuse examinării.

Fapt mai puțin discutat în literatura de specialitate este factorul subiectiv legat direct de persoana expertului. Considerăm, în lipsa unor dovezi contrare, întotdeauna expertul ca fiind de bună credință. Cu toate acestea, trebuie avut în vedere că, în afara calității lui oficiale şi a profesiunii sale, poate fi supus anumitor erori specific umane, aşa cum poate fi supus şi omul care reprezintă organul judiciar.

**B. Concluzii**

În aprecierea expertizelor medico-legale trebuie să se țină seama de următoarele principii sau reguli:

**1.**- Organul judiciar nu trebuie să se lase niciodată copleşit de autoritatea ştiințifică sau profesională a expertului. El este obligat să analizeze critic orice expertiză, indiferent cine a întocmit-o şi de gradul de dificultate al acestei analize.

**2.**- În mod obligatoriu trebuie să se documenteze şi în mod special, de la caz la caz. Multitudinea domeniilor de activitate în care se face anchetă penală nu-i permit să-şi însuşească la nivel superior diferite discipline ştiințifice sau tehnice, dar, tot de la caz la caz, trebuie să învețe cel puțin până la nivelul la care poate avea îndoieli şi formula întrebări.

**3.**- Când concluziile expertizelor sunt în discordanță cu datele rezultate din urmărirea penală, pentru organul judiciar trebuie să fie clar



Scanned with OKEN Scanner

că, ori urmărirea, ori ancheta judecătorească este incompletă, ori concluziile expertizelor sunt eronate.

**4.**- Principiul potrivit căruia probele nu au o valoare dinainte stabilită (inclusiv expertizele medico-legale), înscris în art. 63 alin. 2 C.proc.pen., trebuie nu numai ştiut şi afirmat teoretic ci şi aplicat cu competenţă în activitatea organelor judiciare, în procesul penal.

Activitatea de dispunere, apreciere şi administrare în procesul de înfăptuire a justiţiei a expertizelor medico-legale, în cazul faptei de ucidere a noului-născut, are rolul de a delimita în mod corect infracţiunea de pruncucidere de aceea de omor calificat sau de ucidere din culpă. Administrarea corectă a acestor probe contribuie la atingerea scopului procesului penal, aşa cum este definit în art. 1 din C.proc.pen.: constatarea la timp şi în mod complet a faptelor care constituie infracţiuni, astfel ca orice persoană care a săvârşit o infracţiune să fie pedepsită potrivit vinovăţiei sale şi nici o persoană nevinovată să nu fie trasă la răspundere penală.

**Bibliografie selectivă**


1. *Andrei I.*: Contribuţia expertizei medico-legale la elucidarea aspectelor legate de cercetarea cauzelor de pruncucidere, în "Probleme de criminalistică şi de criminologie", nr. 4/1981, p.114.
2. *Capota M.:* Cercetarea împrejurărilor în care a decedat un nou-născut al cărui cadavru a fost găsit pe calea ferată, în "Probleme de criminalistică şi de criminologie", nr. 2-3/1983, p.118.
3. *Dobrinescu I.:* Infracţiuni contra vieţii persoanei, Ed. Academiei Republicii Socialiste România, Bucureşti, 1987, p.115-126.
4. *Moldovan I.:* Aprecierea critică a expertizelor, o garanţie a stabilirii adevărului, în "Probleme de criminalistică şi de criminologie", nr. 1-2/1986, p. 102.
5. *Moraru I.:* Medicina legală, Ed. Medicală, Bucureşti, 1967, p.38-39; 125; 620 -645; 854-855.
6. *Mircea I.:* Temeiul răspunderii penale în Republica Socialistă România, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1967, p.175.
7. *Naneş C.:* Obiectivitate şi subiectivitate în practica medico-legală, în "Probleme de criminalistică şi criminologie", nr. 1-2/1986, p.131.


## CU PRIVIRE LA UNELE DIFICULTĂŢI GENERATE DE NOŢIUNEA DE DISCERNĂMÂNT LA ADOLESCENT


Conf. Dr. MONICA PLAHTEANU, Prof. Dr. C.ROMANESCU,
Dr. ADRIANA PANAITESCU, Dr. ANA-MARIA GRIGORESCU
Clinica de Psihiatrie "Socola" Iaşi


În urmă cu peste 25 de ani, *Prof. Dr. P. Brânzei* iniţia transformarea noţiunii de "*responsabilitate*" în aceea de "*discernământ*". Ideea a fost legiferată cu concursul regretatului *M.Olaru* şi a intrat în practica zilnică a expertizei medico-legale, având avantaje indiscutabile

Scanned with OKEN Scanner

şi determinând o mai bună profilare a raportului dintre medic şi complexul de judecată.

În adevăr, se oferă prin această concepție posibilitatea ca decizia să fie corelată de ambele părți, medicul exprimându-şi doar opinia cu privire la discernământ, iar responsabilitatea (culpabilitatea) revenind firesc justiției.

Experiența acumulată pe o perioadă relativ îndelungată pare să fi confirmat acest punct de vedere, astfel încât discernământul constituie astăzi actul cel mai disputat şi totdeauna cel mai categoric în chestiunile justițiare medico-psihiatrice. Cu timpul s-au observat însă unele dificultăți ale acestei doctrine, manifestându-se după părerea noastră, tendința excesivă a justiției de a identifica discernământul cu responsabilitatea şi, pe de altă parte, a atribui "*discernământului*" un rol unic în jocul dintre discernământ şi actul medico-legal. Frecvent în practică se cere în mod categoric un răspuns care nu poate fi asimilat în mod obligatoriu cu responsabilitatea, dar de fapt este; se cere precizarea asupra **discernământului**, dar un discernământ judecat categoric, didactic, bipolar: are sau nu are discernământ. Deşi în activitatea medico-legală psihiatrică se ivesc numeroase ocazii în care observațiile noastre sunt evidente, nu cunoaştem până în prezent să se fi formulat unele rezerve cu privire la această doctrină, în literatura de specialitate apărută în ultimii 25 de ani. Se pare deci, că această doctrină este aplicabilă în linii generale şi de mare utilitate în justiție. În ce ne priveşte, ne referim însă numai la **discernământ ca element anexat unui impact medico-legal petrecut în perioada adolescenței**. Aici se iveşte din ce în ce mai mult necesitatea nuanțărilor discernământului - fără a ne extinde asupra înțelesului filozofic al discernământului, menționat printre altele de *P.Brânzei, A.Dumitriu, L.Ballif, E.Pamfil* ş.a., ne referim în exclusivitate la discernământul adolescenților.

De la început ținem să precizăm că adolescența, ca o vârstă în transformare precipitată, nu poate fi conexată cu noțiunea de discernământ decât în condițiile în care se specifică nuanțarea discernământului, condiționată de aceste transformări. Deci, în opinia noastră, este absolut inoperant să apreciem discernământul unui adolescent ca noțiune în sine, fiind obligatorie menționarea nuanțată că adolescentul are un discernământ legat de vârstă, înainte de a se corela cu patologia eventuală. Această opinie este de o importanță practică deosebită în expertiza medico-legală a minorului, ea fiind o reflectare directă a realității.

Fiziologic şi psihologic, discernământul maxim se realizează la maturitate, fiziologic şi psihologic discernământul adolescentului este nuanțat în perioada de transformări, altfel spus, de nerealizare a



Scanned with OKEN Scanner

nivelului adultului. Comparativ doi inşi - unul adult, altul adolescent - pot fi ei apreciaţi după acelaşi criteriu abstract, absolut al discernământului rece, indiferent de vârstă? Întrebarea nu are decât un răspuns: acela că în prezent discernământul adolescentului trebuie apreciat în context şi legiferat ca atare. Altfel viaţa şi realitatea ştiinţifică contrazic practica aproape rutinieră, care ne solicită medicilor aprecierea asupra unor noţiuni de la început prost puse.

Odată stabilit acest adevăr care este evident şi care legiferat fiind va reflecta realitatea propriu-zisă, va trebui să judecăm discernământul şi într-un mod mai complex în funcţie de situaţia mintală şi afectivă a adolescentului. În prezent aceste variabile sunt în general eludate, ceea ce a fost îndoială constituie o viciere a procesului judiciar care urmează, a reflecta eroarea raţiunii. Revine comisiei medico-legale şi urmăririi clince rolul acesta foarte dificil al nuanţării în funcţie de vârstă pe de o parte, şi de situaţia judiciară pe de altă parte.

Ultima observaţie critică asupra aplicabilităţii noţiunii de discernământ la adolescent o facem în legătură cu **starea de apartenent** a adolescentului. Ca apartenent, ca persoană care nu este independentă din punct de vedere socio-familial, adolescentul nu poate fi asimilat cu adultul; sunt altele criteriile sale de apreciere, precum altele sunt criteriile sale de existenţă.

Nu ne propunem să emitem idei legislative mărginându-ne însă la semnalarea acestor neadevăruri care impun de urgenţă corelarea justiţiei minorului la regulile justiţiei contemporane evoluate între acestea discernământul fiind primordial. Unele semnalări sunt deja extraordinar de importante. Prin persistenţa în utilizare a noţiunii de discernământ la adolescenţi, rămânem în urma progreselor filozofiei dreptului, psihiatriei şi chiar a antropologiei. *Michel C. Howard* în "*Contemporary cultural antrophology*" are câteva referiri la lumea particulară a adolescentului acceptată ca atare de toate formaţiunile antropologice contemporane. Lucrarea apărută în 1996 repetă şi reia pe clasicii antropologiei cum au fost *Denicker* şi *C.L.Strauss*, care şi ei consideră adolescenţa în acest cadru şi sub alte opţiuni de apreciere decât o facem noi în prezent.

## DIFICULTĂŢI ÎN EFECTUAREA ŞI DESFĂŞURAREA EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE

Col. Dr. P.CHERTIC - şeful Direcţiei medicale din M.Ap.N.,
Cpt. medic E.R. IONESCU-MIHĂIŢĂ
Institutul medico-militar Bucureşti

Este bine cunoscut că activitatea de probaţiune constituie componenta cea mai importantă a activităţii organelor de justiţie,

Scanned with OKEN Scanner

reprezentând modalitatea de obiectivare, de stabilire a realității faptelor aduse în discuție pentru soluționarea unei cauze. Între mijloacele de probațiune, expertiza deține primul loc fiind o activitate de cercetare care utilizează date şi metode specifice, în scopul obiectivării materiale a unor fapte din cele mai diferite domenii, folosite la motivarea şi argumentarea unor concluzii, şi care trebuie să aibă un caracter demonstrativ şi convingător.

Expertiza medico-legală are un rol important în soluționarea cazurilor cu implicații judiciare, iar din expertizele medico-legale, expertiza psihiatrică ocupă primul loc în aplicarea normelor de drept penal, drept civil, drept administrativ, dreptul familiei sau al muncii, echivalând prin importanța consecințelor cu expertiza criminalistică sau biocriminalistică de identificare.

Expertiza medico-legală psihiatrică contribuie la promovarea măsurilor de profilaxie pentru sănătate psihică, de eliminare a surselor de influență sociopodă.

La noi în țară, expertiza medico-legală psihiatrică se execută într-un cadru juridic-legislativ bine precizat, la cererea organelor de justiție sau atunci când:

- există o conduită anormală a persoanei în cursul anchetei, care pune în discuție sănătatea psihică a acesteia;
- există date cu privire la unele boli ale subiectului care ar putea avea repercursiuni asupra stării de sănătate psihică;
- infracțiunea nu are mobil sau a fost săvârşită cu o deosebită cruzime;
- în perioada detenției subiectul are un comportament anormal care ridică problema unei afecțiuni psihice.

De asemenea, expertiza medico-legală psihiatrică este solicitată în cazurile de omor simplu şi calificat, în cazuri de lovituri cauzatoare de moarte, tentativă de omor, stări de depăşire a intenției şi nu de puține ori în cazurile în care este necesară aprecierea rolului victimei în determinarea prejudiciului propriu (rol indirect) - victimologie.

În privința aspectului obiectiv al infracțiunii (acțiunea sau inacțiunea cu consecințe sociale negative), urmărilor ei, raportului de cauzalitate dintre acțiune şi urmări, locului, timpului, modului şi mijloacelor de realizare ale acesteia, expertiza precizează caracterul intenționat sau neglijat al actelor de violență, relație de cauzalitate directă sau indirectă în producerea unor efecte biologice sau psiho-sociale, modul de realizare al acțiunii şi mijloacele utilizate, contribuind la descoperirea şi chiar calificarea unor acte antisociale.

În probarea laturii subiective a infracțiunii, expertiza cooperează cu justiția în stabilirea intenției sau precizarea culpei, precizând dacă infractorul, prin calitatea şi integritatea funcțiilor psihice, putea:



Scanned with OKEN Scanner

- să cunoască şi să prevadă urmările faptei - intenție directă;
- să cunoască şi să accepte urmările faptei - intenție indirectă;
- să prevadă, dar a considerat că faptele nu vor avea urmări - uşurință;
- să cunoscă, dar să neglijeze efectele faptei - imprudență.

Uneori survine un alt aspect în probarea unei agresiuni, acela în care victima, urmare a unei afecțiuni care o avea, este mai vulnerabilă şi deşi subiectul nu a dorit anihilarea ei, decesul se produce, în urma unor leziuni minime - preter-intenția.

Expertiza medico-legală psihiatrică trebuie să dea un răspuns exact asupra stării de sănătate psihică a persoanei expertizate; în acest sens trebuie să elimine posibilitatea simulării. Acest aspect este adesea dificil mai ales atunci când subiectul a fost în contact cu personalul medical sau a fost în instituții de profil o perioadă de timp suficientă pentru a putea să se instruiască asupra unor simptome pe care le prezentau alți pacienți, cu atât mai mult dacă în cadrul acestor instituții a fost în contact cu bolnavi care fuseseră sau urmau să fie supuşi unei expertize. Nu trebuie neglijat nici aportul personalului medical în inducerea unor convingeri ale subiectului, de cele mai multe ori datorită neglijenței. Aspectul acesta presupune o deosebită abilitate a expertului, raportarea la experiența anterioară, precum şi utilizarea unor metode de investigație clinică şi paraclinică. Observarea unui asemenea subiect în mediul instituționalizat sau de detenție aduce de obicei, prin coroborare cu examinarea clinică şi paraclinică excluderea acestui aspect în cazurile infracțiunilor deosebit de grave, unde măsurile recomandate de comisia de expertiză pot să nu fie suficiente pentru a preveni reiterarea actelor infracționale.

Activitatea comisiei de expertiză trebuie să aducă dovezi în aprecierea corectă a stării de sănătate mintală a individului, a existenței unor defecțiuni care să-i fi putut altera conştiința, discernământul şi funcțiile cognitive, furnizând elemente organelor de justiție pentru a aprecia responsabilitatea față de faptele comise. Trebuie să se precizeze dacă tulburările psihice sunt permanente, survin pe un fond afectat deja, apar episodic, şi dacă intensitatea lor poate altera funcțiile de sinteză ale vieții psihice a individului. Este necesară aprecierea originii acestora endo- sau exogene.

Expertiza va stabili legătura de cauzalitate dintre starea psihică a infractorului, natura infracțiunii şi modul de realizare al faptelor, dacă există un motiv obiectiv real, sau unul absurd, precum şi aprecierea asupra comiterii prin cruzime sau lipsă de precauție, respectiv neglinjență. Se va stabili stadiul bolii psihice şi se vor recomanda măsurile de recuperare cu caracter medical, precizându-se gradul de periculozitate socială al individului. Toate aceste ultime aprecieri ale

Scanned with OKEN Scanner

comisiei vizează recuperarea individului, prevenirea recidivei şi reintegrarea acestuia în societate.

Am arătat necesitatea precizării exacte a diagnosticului, precum şi importanța acestui aspect în cadrul activității comisiei de expertiză. Pentru aceasta, uneori, este necesară observația comparativă înainte şi după administrarea unui tratament de probă, executarea unor examene clinice şi paraclinice din cadrul altor specialități: neurologie, cardiologie, endocrinologie, care să obiectiveze eventualele leziuni cerebrale, ce ar explica organicitatea.

Raportul de cauzalitate între tulburările psihice ale persoanei expertizate şi infracțiune impune evidențierea simptomatologiei psihice dominante, care poate să-l aducă pe pacient în stare să comită fapta. Este necesară efectuarea examenului psihologic imediat după realizarea infracțiunii sau după descoperirea subiectului. În cazul în care fapta se explică ca fiind posibilă în anumite situații endo- sau exogene şi aceste situații trebuie probate, se impune studiul cauzei, al datelor de anchetă socială, antecedentele penale şi relațiile sociale, a tuturor datelor legate de mobil şi modul de săvârşire al faptei, coroborare pe care expertiza o va dezvolta ulterior în procesul desfăşurării ei.

Medicul se va limita la descrierea stării de sănătate psihică a examinatului şi va preciza în ce măsură aceasta a dus la alterarea conştiinței sau discernământului, evitând orice concluzie asupra stării de responsabilitate.

Din practica expertizei medico-legale răzbat nişte probleme legate de aceste recomandări ultime, adresate organelor de justiție, care apreciază critic starea de responsabilitate a făptuitorului, comisia de expertiă recomandă măsurile concrete cu caracter medico-social legate de profilaxia recidivei, aşa-numitele reglementări de siguranță ce pot continua şi după executarea detenției, în condiții de ambulator prin dispensarizarea şi supravegherea organelor de asistență socială.

Dificultățile apărute în practica de expertiză medico-legală psihiatrică apar prin nerespectarea metodologiei acesteia, din interpretarea necorespunzătoare a reglementărilor de procedură.

Sunt posibile exagerări ale specialiştilor comisiei sau există tendința de psihiatrizare, neluându-se în discuție aspectul delictual. Există şi posibilitatea de simplificare a cazului prin interpretarea unilaterală din perspectiva medico-legală, prin aprecierea discernământului numai prin prisma diagnosticului şi nu prin reconsiderarea tipului de personalitate al infractorului în ansamblul condițiilor psiho-patologice care l-au condus la infracțiune.

Expertiza medico-legală psihiatrică nu se poate realiza independent de către psihiatrii sau medici legişti, cooperarea dintre



Scanned with OKEN Scanner

aceştia fiind absolut necesară pentru înlăturarea elementelor subiective legate de interpretarea cazului, impunându-se permanentul echilibru între aceştia, din informarea şi documentarea asupra particularităţilor clinice ale cazului, cunoaşterea semiologiei psihiatrice de bază de către expert, precum şi cunoaşterea de către psihiatru a metodologiei de expertiză. Tendinţa de psihiatrizare provine şi din confuzia dintre conţinutul şi finalitatea expertizei, realizată de organele judiciare când solicită să se precizeze gradul de responsabilitate în funcţie de diagnosticul psihiatric sau să se stabilească de către comisie responsabilitatea sau iresponsabilitatea subiectului. Problema cea mai dificilă este şi rămâne stabilirea cauzalităţii în raport cu reconstituirea biografiei personalităţii făptuitorului şi a circumstanţelor în care s-a produs fapta, precum şi furnizarea unor date medicale obiectivabile ştiinţific. Toate aceste date despre subiect şi fapta sa sunt necesare justiţiei pentru aplicarea măsurilor procedurale şi penale individualizate în funcţie de particularităţile cazului.

Investigarea personalităţii subiectului trebuie să cuprindă atât faza predelictuală cât şi cea a momentului expertizei; se realizează prin reconstituirea biografică cât mai exactă a condiţiilor de mediu social în care s-a format persoana, gradul de instruire şi educaţie, antecedentele psihiatrice semnificative, nivelul intelectual şi modul de reacţie al acesteia în situaţii dificile frustante. Acest proces de investigare este laborios şi impune anchetă socială asupra făptuitorului (subiect expertizat), analizarea actelor de la dosar (nu numai a celor medicale), o examinare psihologică prin tehnici proiective de observaţie, completate atunci când este necesar cu tratamente de probă, examinări paraclinice şi din cadrul altor specialităţi. Prin aceste procedee se evită simularea, suprasimularea sau disimularea.

Din analiza conţinutului actului infracţional, mobilului infracţiunii, cadrul în care a fost săvârşită infracţiunea, modul de realizare şi a comportamentului după comiterea acesteia, se pot aprecia: intenţia, premeditarea, scopul - eventual utilitar, sau justificarea comportamentului, de aici decurgând discernământul în momentul realizării actului şi deci, starea de conştiinţă sau discernământul persoanei examinate. Comisia va studia în acest sens toate actele depuse la dosar de către organele de anchetă.

În momentul examinării starea subiectului este diferită de cea din momentul realizării faptei, datorită caracterului episodic al tulburărilor, detenţiei, instituirii măsurilor medicale şi, nu în ultimul rând, prin timpul scurs în care subiectul a putut intra în contact şi cu alte persoane sau a reflectat asupra actului comis. Acesta este motivul pentru care uneori nu se poate stabili o legătură de cauzalitate imediată.



Scanned with OKEN Scanner

Dificultăți în activitatea de expertiză apar şi din insuficiența sau reconstituirea aproximativă a momentului faptei atunci când nu sunt analizate toate elementele de la dosar, principala sursă fiind considerată exclusiv subiectul.

Pentru expertiza medico-legală efectuată la minori este necesar ca din comisia de expertiză să facă parte măcar un medic pedopsihiatru. Minorul reprezintă un subiect aparte, deoarece el nu trebuie considerat un adult în miniatură, ci un subiect în sine. În această comisie este necesară prezența unui specialist care să cunoască şi să aprecieze corect gradul de dezvoltare neuropsihică a minorului, capacitatea acestora şi mai ales oportunitatea recomandării unor măsuri peofilactice sau curative, întrucât adesea recomandarea unor măsuri care presupun recunoaşterea răspunderii penale, pentru grupa de vârstă 14 - 16 ani, nu contribuie la reabilitarea minorului. Acesta nefiind încă o personalitate matură va fi supus influențelor mediului "*corectiv*" sau de detenție şi va intra în contact cu persoane care pot să-i accentueze devienta comportamentală, transformându-l dintr-un infractor accidental potențial recuperabil, într-unul potențial irecuperabil ulterior. Măsurile recomadate pentru un minor vor trebui de aceea bine apreciate şi individualizate, deoarece dorința este de a găsi o posibilitate prin care să scoată potențialul infractogen şi să se asigure o bună reabilitare socială, garanția corectării cu titlu premanent a deviației.

Stabilirea discernământului şi încadrarea acestuia automată în funcție de diagnosticul psihiatric este o eroare frecventă a unor experți, deşi se cunoaşte că nici măcar un diagnostic de psihoză nu exclude prezența discernământului în raport cu fapta comisă. Faza de boală în care este subiectul poate da aprecieri de grade diferite ale discernământului până la integritatea acestuia, respectiv la existența capacității de apreciere critică a conținutului şi a consecințelor faptelor săvârşite la un moment dat. Tulburările de personalitate, precum şi cele de comportament nu înseamnă discernământ diminuat *ab initio,* după cum şi normalitatea psihică nu înseamnă că în anumite circumstanțe biologice sau psihologice subiectul are integră capacitatea psihică de apreciere critică a faptei şi/sau a consecințelor acesteia.

O nouă expertiză psihiatrică este solicitată atunci când prima expertiză nu respectă metodologia specifică de desfăşurare, trage concluzii cu caracter formal sau neargumentate ştiințific obiectiv, probleme care au fost expuse anterior. De asemenea se solicită o nouă expertiză în cazul în care la dosarul unei cauze se descoperă existența unei expertize anterioare, efectuate cu ocazia săvârşirii altei infracțiuni, de multe ori la diferențe mari de timp şi în etape diferite ale evoluției personalității subiectului (minor şi adult). Uneori prima expertiză se



Scanned with OKEN Scanner

solicită cu caracter de constatare, formal, apoi, imediat se solicită o nouă expertiză, ca şi cum aceasta ultima ar trebui să o verifice pe prima. Concluziile incomplete, o lucrare prea sumară sau necesitatea aprofundării unor aspecte pot determina organele de justiție sau pe cele penale să solicite un supliment de expertiză, sau chiar lămuriri în scris ori audierea expertului.

În concluzie, apreciem necesitatea elaborării unui raport de expertiză complet, care să poată fi utilizat ca mijloc de probă în justiție. Acest raport va răspunde tuturor problemelor ridicate de organul care l-a solicitat; va cuprinde descrierea în amănunt a operațiilor efectuate în cursul expertizei, va analiza problemele ridicate de părțile implicate şi va oferi explicațiile experților, precum şi concluziile cuprinzând răspunsurile la întrebările adresate experților.

Dificultățile activității de expertiză sunt numeroase, fiind legate în principal de necesitatea reconstituirii unui moment din existența subiectului şi de a aprecia responsabilitatea în legătură cu fapta comisă în acel moment, care este adesea situat la o distanță apreciabilă, comparativ cu momentul examinării. Implicarea multor specialişti din domenii diferite, în afara celor din comisia de expertiză necesită mult timp şi este un proces dificil de realizat, adeseori, prin lipsa mijloacelor de obiectivitare în cazul unor situații critice.

Indiferent de dificultățile ce apar pe parcursul desfăşurării procesului de expertiză, această activitate trebuie să rămână în sfera medicinii legale, singura în măsură să realizeze un schilibru între aspectele medicale şi cele juridice. Orice încercare de a muta expertiza psihiatrică în sfera psihiatriei sau a dreptului exclusiv ar da câştig de cauză unui singur aspect al problemei. De altfel, toată activitatea de expertiză este coordonată de medicina legală.

## INCIDENȚA BOLNAVILOR PSIHICI ÎN SĂVÂRŞIREA FAPTELOR PENALE. PARTICULARITĂȚI ALE CERCETĂRII LA FAȚA LOCULUI CARE CONDUC SPRE CONCLUZIA UNUI AUTOR BOLNAV PSIHIC. ACTIVITATEA POLIȚIEI PENTRU DEPISTAREA ŞI CUNOAŞTEREA PERSOANELOR DIN ACEASTĂ CATEGORIE SOCIALĂ.

Colonel T.POPA
Inspectoratul de Poliție - jud. Bihor

### I. CONSIDERAȚII GENERALE

Omul este singura ființă care crează valori şi le transmite generațiilor viitoare, spiritul său neobosit tinzând continuu spre



Scanned with OKEN Scanner

perfecționare. Totodată, omul, în exclusivitate, prin trăirea cu adevărat a tot ceea ce este bun, frumos şi drept se impune pe toate planurile şi dă dovadă de personalitate, dominând impulsurile interioare. Viața omului apare astfel ca valoare primară şi absolut indispensabilă manifestării în sine şi ceea ce este mai important, condiție a continuității biologice a grupului social. Dar, mai presus de toate ea este un fenomen social, valoarea socială, adică acea relație socială care, reglementată juridic, constituie dreptul absolut la viață al persoanei umane.

Totuşi, realitatea ne arată că în societate s-au produs şi continuă să se producă acte de suprimare cu vinovăție a vieții omului, ceea ce este în discordanță flagrantă cu idealurile de libertate şi dreptate pentru care a luptat omenirea.

Legiuirile penale din toate timpurile şi în toate orânduirile sociale au recunoscut gradul de pericol social deosebit de ridicat pe care îl reprezintă infracțiunea de omor, uciderea cu intenție a unei persoane, constituind una din cele mai grave fapte împotriva căreia s-a acționat pe multiple planuri. Încălcarea dreptului de a trăi creează o stare de antinomie, de nesiguranță socială, un dezechilibru periculos pentru însăşi existența societăți.

De aceea este firesc ca astfel de acte de încălcare a legii, care vizează relațiile sociale ce ocrotesc viața, bunul cel mai de preț al omului să stea în atenția întregii colectivități şi desigur în primul rând a organelor juridice, cărora le revine sarcina de a lupta împotriva faptelor antisociale în vederea ocrotirii fizice şi protecției juridice a vieții şi principalelor ei suporturi, integritatea corporală şi sănătatea persoanei.

Experiența dobândită în activitatea de zi cu zi ne oferă posibilitatea de a constata că în combaterea faptelor antisociale şi mai ales a celor îndreptate împotriva vieții, integrități corporale şi sănătății, un rol important îl au mijloacele juridice, dreptul penal constituind un mijloc eficient de apărare a intereselor legitime ale cetățenilor, de asigurare a securității persoanei.

În această ordine de idei este necesar să menționăm că un loc de seamă in politica penală îl ocupă sancționarea infractorilor.lată de ce justa individualizare a pedepsei şi implicit succesul luptei împotriva faptelor antisociale, obligă instanțele de judecată să examineze cu deosebită atenție pericolul social al faptei şi persoana inculpatului. În soluționarea cauzelor, se impune lămurirea tuturor aspectelor legate de conținutul concret al infracțiunii săvârşite şi de împrejurările comiterii ei, precum şi de consecințele şi scopul urmărit iar pe de altă parte examinarea temeinică a persoanei făptuitorului este de natură să ajute în stabilirea unei sancțiuni care să corespundă nevoilor de îndreptare a inculpatului.



Scanned with OKEN Scanner

## II. FIINȚA UMANĂ COSIDERATĂ CA UN SISTEM.

### Acțiunea, intenția, comportamentul. Comportamentul deviat

În acțiunea de prevenire şi de combatere a faptelor antisociale, cunoaşterea regularităților şi particularităților comportamentului uman, constituie o armă de mare eficiență. Scopul general al studierii fenomenelor psihice este înțelegerea, predicția, postdicția şi controlul acțiunilor,al comportamentelor umane. Aceasta înseamnă a sesiza sensul, a pătrunde, a vedea clar comportamentul uman (înțelegere), posibilitatea de a prevedea cu probabilitate rezonabilă comportamentul unui individ (predicție); în fine stăpânirea şi influențarea propriului comportament, inclusiv a comportamentului celor din jur (capacitate de control).

De la început putem stabili că în munca sa ofițerul de poliție de cele mai multe ori trebuie să facă postdicții, adică pornind de la datele care-i stau la dispoziție - urme, date din investigații, dovezi - el este pus în situația de a reconstrui cât mai exact secvența faptelor petrecute şi de a realiza legarea acestora de persoana făptaşilor posibili, de a cunoaşte viața anterioară preinpracțională a cuplului infractor-victimă.

Omul este o ființă prin excelență activă, în permanentă interacțiune cu mediul înconjurător, cu mediul fizic şi cel social. Punând în centrul atenției noastre pe om, ca un întreg, vom constata că ne aflăm în fața unei ființe de extremă complexitate, care nu numai că e capabilă să reacționeze foarte nuanțat față de stimulările mediului, ci în acelaşi timp posedă toate proprietățile unui sistem care se autoreglează. Dacă definim sistemul ca fiind un asamblu de elemente şi relații astfel structurate încât orice schimbare a unui element sau a unei relații aduc după sine schimbarea comportamentului întregului sistem, ne dăm seama numaidecât că putem privi omul ca un sistem având toate proprietățile acestuia.

Ca la orice sistem şi la sistemul om acționează principiul ierarhic dintre elemente şi subsisteme.

Aceasta înseamnă că de pildă subsistemul reactiv - acțional este subordonat sistemului informațional în momentul în care acest principiu ierarhic nu funcționează - indiferent din ce motiv - acțiunea sistemului scapă de sub controlul cerebral şi apar dereglări sau disfuncții.

O acțiune deosebit de violentă care se soldează cu consecințe grave efectuate sub impulsul unei emoții puternice, este un exemplu de un asemenea caz. O emoție puternică etajele inferioare ale creierului (subcortextul) şi reduce sensibil (inhibă) activitatea rațională a scoarței cerebrale (cortex). Acest fenomen (inducție negativă) răstoarnă deci echilibrul funcțional al sistemului om (în structura căruia subsistemul

Scanned with OKEN Scanner

informațional are un rol dominant) şi produce actul de scurt-circuit din care poate rezulta o crimă.
Enunțul "*omul prin excelență este o ființă activă*" aparține bunului simț. Dar acțiunea umană se cuvine a fi analizată la nivel ştiințific.
În sens larg, prin acțiune se înțelege un fenomen prin care o forță produce un efect, deci o operație efectuată de o ființă şi care poate fi atribuită acelei ființe (*A.Moles* -1974). Acest din urmă fapt interesează direct pe ofițerul de poliție, căci el este adesea pus să stabilească legătura dintre act şi actor.

Vorbind la modul general, activitățile umane fiind legate de un anume actor, de nivelul înzestrării sale biologice (capacitatea şi limitele sale biologice), constituie reacții (răspunsuri) la provocările extrem de diferite ale mediului.

În munca de poliție, nu arareori se pune problema dacă o anumită acțiune a fost sau nu executată cu intenție. Lăsând la o parte consecințele juridice ale calificării unei acțiuni drept intenționate sau neintenționate, trebuie să precizăm aici că intenția nu se confundă cu acțiunea. Ea poate fi considerată ca momentul inițial al unui proces gândit şi voit al unei acțiuni. Intenția ca atare se compune dintr-un scop şi un proiect de acțiune.

Intenția de a atinge un scop, adică de a realiza un obiectiv, corespunde unei tensiuni înlăuntrul sistemului om, tensiune care se reduce în momentul atingerii scopului.

O altă motivare psihologică cu care trebuie să apărem în aceste cazuri, este comportamentul. Sfera noțiunii de comportament se intersectează cu sfera noțiunii de acțiune, căci comportamentul de cele mai multe ori însă nu întotdeauna este o acțiune. După o definiție clasică, prin comportament înțelegem o reacție globală (glandulară, motorie, afectivă, verbală) pe care un organism uman o efectuează într-o împrejurare dată (*James Drevee* 1966).
Comportamentele pot fi clasificate în:

**a) - vizibile**, adică transparente, deschise.

**b) - ascunse**, opace a căror descifrare este adesea dificilă. Capacitatea omului de a disimula intențiile sale reale (minciună, inducere în eroare) ca şi posibilitatea lui de a amâna unele din reacțiile sale, crează dificultăți în descifrarea acelor comportamente pe care le-am numit opace.

Lucrătorul de poliție se confruntă deseori cu un asemenea comportament opac. Faptul că majoritatea comportamentelor au loc în timp şi spațiu (cu excepția unor comportamente intelectuale sau afective unde spațialitatea nu este derulabilă) oferă posibilitatea analizării şi descifrării lor parțiale chiar şi în condiții de opacitate.



Scanned with OKEN Scanner

Dintr-un alt punct de vedere comportamentele se subdivid în:

a) - **comportamente relativ stabile**, caracteristice pentru un individ, printre altele şi prin faptul că sunt repetitive. Începând de la mişcări simple, ticuri nervoase, de pildă şi până la scene de gândire şi operare, fiecare dintre noi dispune de un arsenal întreg de asemenea comportamente care sunt bine cunoscute celor din jurul nostru. Pe această repetivitate a comportamentelor în condiţii sau împrejurări similare se bazează şi faimosul "*modus operandi*" preferinţa aproape inconştientă a infractorului pentru calea bătătorită sau încrederea aproape superstiţioasă în reuşita unor soluţii elaborate anterior, soluţii ce pot fi descifrate şi identificate uşor de un criminalist.

b) - **comportamente unice, ocazionale** ce apar adesea spontan în cursul activităţii indivizilor şi desigur a infractorilor. Aceste comportamente sunt foarte greu de analizat dar mai ales de atribuit unui anume actor.

În sens larg, comportamentul include nu numai ca forme (comportament acţional - motor), nu numai ce gândim (comportament mintal), nu numai ce vorbim (comportament verbal), ce simţim (comportament afectiv), ci şi anume caracteristici mai generale ale comportamentului, putând identifica aici comportamentele normale şi nenormale.

Deşi aceste caracteristici sunt foarte relative şi adânc impregnate de cultura, sau subcultura în care trăieşte individul, totuşi, se impune cunoaşterea acestora de către ofiţerul de poliţie.

Există în diferite medii sociale /culturi sau subculturi/ moduri tipice, generalizate de comportament, care sunt considerate a fi normale, în opoziţie cu comportamentele neobişnuite, atipice sau nenormale.

Categoria de comportamente neobişnuite, atipice, nenormale o considerăm deviantă indiferent de originea lor sau de consecinţele sociale pe care le provoacă.

Termenul de devianţă este de mare generalitate şi se referă la forma de comportament ce se îndepărtează sensibil sau mai puţin sensibil de la normele morale sau legale dominante într-o cultură sau subcultură dată.

Din punctul nostru de vedere considerând individul în permanentă interacţiune cu societatea, cu comunitatea din care face parte, esenţial este faptul de opoziţie faţă de această comunitate, încălcarea normelor ei şi nu modul sau gradul de încălcare.

Deşi norma - considerată ca totalitate de reguli prescriptive şi probitive, nescrise sau scrise, care reglează comportamentul social într-o cultură dată - variază în timp şi spaţiu, totuşi ea există în oarecare comunitate de oameni şi are un caracter coercitiv. Pe de altă parte



Scanned with OKEN Scanner

norma ca o realitate supraindividuală creează pe plan psihosocial ceea ce se cheamă aşteptare socială.

În societatea noastră respectul faţă de părinţi constituie o normă morală general acceptată. Cel ce se poartă brutal cu proprii părinţi , încălcând norma morală, contrazice flagrant aşteptarea socială, vine deci în conflict cu toţi ceilalţi care aderă la normă, iar deviantul atrage după sine dezaprobarea colectivităţii, blamul public sau în cazuri mai grave chiar şi consecinţe penale.

Fără putinţă de tăgadă, conformarea la norme este o necesitate socială care face posibilă convieţuirea şi cooperarea între membrii grupului social. Cu toate acestea, faţă de prescripţii există o mică îngăduinţă sau toleranţă socială care permite abateri de la regulă.

## III. COMPORTAMENTUL AGRESIV ŞI VIOLENT

### Frustrarea - factor de declanşare a agresivităţii şi violenţei

Actele deviante, dar în special cele infracţionale, sunt prin excelenţă acte agresive. Dar dacă agresivitatea în regnul animal de pildă poate fi uşor decelată, la om ea îmbracă aspecte atât de polimorfe încât numai la extreme, la actele violente propriu-zise, sunt întotdeauna clar sesizabile.

Termenul de agresiune se referă la o seamă de comportamente agresive, asertive şi intensive. Astfel agresiunea apare la atacuri deschise sau camuflate, la acte defăimătoare, autoofensive sau variate comportamente de dominare.

Actele agresive extreme se denumesc violenţe, termen care implică aplicarea unei forţe excesive, intense care merge de la brutalitate la furoare destructivă. Obişnuit, noi presupunem că autorul unui act violent este lipsit de stăpânire de sine, că el trece la act dintr-o dată, rapid şi pe neaşteptate (*H.F. Ellenberger*, 1971).

Caracterul născut sau învăţat al comportamentelor agresive constituie obiectul unor controverse ştiinţifice pasionante. Biologii, psihologii, şi sociologii sunt angajaţi în aceste dispute ale căror rezultate pot fi de folos în elaborarea de strategii de prevenţie a criminalităţii.

Trebuie să fim de acord cu teza că orice comportament agresiv, are rădăcinile în bună măsură, în structura biologică a omului, în "*echipamentul*" nativ. Aşa cum se exprima *Noel Mailloux* 1971 ("*...puseurile noastre de agresivitate, la fel ca şi alte mişcări ale afectivităţii noastre sunt foarte normale şi emană dintr-un dinamism specific care face parte din echipamentul nostru natural*"). Aparatul care se declanşează în cadrul unor acte agresive (*A. Kinsey* - 1948; *K. Lorenz* - 1966; ş.a.) posedă multe caracteristici comune cu instinctele. *A. Kinsey*, de pildă a descoperit 14 schimbări fiziologice identice care au



Scanned with OKEN Scanner

loc în starea de excitare sexuală, ca şi în cea a declanşării stării de mânie şi numai 4 caracteristici care se deosebesc de instinctele primare.

Urmărind curba evoluției manifestărilor agresive la unii infractori, considerați deosebit de periculoşi, *Bruno M. Carmier* (1980) arată că toate impulsurile agresivè descresc odată cu înaintarea în vârstă şi că, în privința actelor agresive, etapa de vârstă dintre 18-40 constituie "*etapa de vârf*" astfel încât statistic vorbind după 40 de ani agresivitatea descreşte simțitor.

Fără îndoială că este greu să nu observăm măcar un paralelism între instinctualitate şi agresiune, de aceea putem presupune existența la om - dar şi la nimale - a unui aparat de atac care însă îşi declanşează mecanismele de agresiune în anumite condiții.

Dacă cineva este atacat prin surprindere de un agresor, el poate reacționa prin contraatac sau prin grabnică îndepărtare (fugă) de la locul primejdios. Acest aparat al nostru de atac poate acționa deci în două direcții. (*fight or flight*) şi depinde de situație sau de particularitățile individuale ale persoanei, dacă în caz de atac va răspunde agresiv sau prin ocolirea luptei.

Capacitatea de a răspunde şi în direcția nonagresivă, această comunitate în declanşarea aparaturii noastre fiziologice s[illegible]n sensul unei reacții paşnice raționale, în marea majoritate a cazurilor este un efect al influențelor educaționale.

De altfel orice comportament este de fapt o sinteză de elemente înăscute şi dobândite (învățate).

*V. Dem. Zamfirescu* (1982) arată că:

"*Dacă nici la om instinctivitatea nu este comandată genetic, şi aceasta este poziția etologiei umane..., atunci perspectivele de a elibera sănătatea umană de acest fenomen profund perturbator devine promițătoare*".

Analiza actelor de agresiune, ca şi a celor violente, arată că aceste comportamente obişnuit ofensive, verbale sau motorii se declanşează atunci când în calea satisfacerii unei necesități vitale apare un obstacol. Apariția unui obstacol - real sau imaginar - întrerupe fluxul normal al acțiunii, creează o dificultate majoră, dezorganizează stereotipiile motorii, aduce individul într-o stare de criză. O asemenea stare de criză se numeşte **frustrație** - stare în care la cei mai mulți indivizi se declanşează mecanisme agresive. La unii oameni însă reacția poate fi regresivă sau represivă - refulatoare.

În stare de frustrare oamenii nu se comportă după legile rațiunii, căile obişnuite ale derulării comportamentale sunt dezorganizate, apare o tensiune interioară. Tensiunea interioară este potențată de fenomene fiziologice negative, care apar în momentele critice. Pulsul se



Scanned with OKEN Scanner

accelerează şi se ridică tensiunea arterială, cresc glucoza în sânge şi la nivelul adrenalinei, în schimb descreşte capacitatea normală de percepere senzorială. Fenomenele descrise duc în majoritatea cazurilor la diferite comportamente agresive.

Date fiind aceste realităţi, cei mai mulţi psihologi şi sub influenţa lor mulţi criminologi au considerat că starea de frustrare duce la comportament agresiv, înţelegând aici atât factorii frustranţi de ordin biologic, cât şi de ordin social. Această teorie a corelării dintre cele două fenomene nu poate fi luată drept stabilirea unei relaţii cauzale.

Rămânând doar în domeniul nostru specific putem constata că orice infractor este un frustrat, dar legic infractor.

Frustrarea duce la agresivitate mai ales atunci când:

- actul frustrat se poate atribui clar unui frustrator (implicând şi presupusa rea credinţă a acestuia);
- în cultura sau subcultura dată, reacţia la o situaţie frustrantă cere răspuns agresiv (de ex. - lezarea onoarei);
- situaţia frustrantă decurge din caracteristicile unui frustrator care şi aşa este privit astfel;
- situaţia are o forţă de incitaţie deosebită.

Agresiunea fără frustrare apare atunci când:

- este instrumentală;
- este rezultatul unei incitaţii coercitive;
- este rezultatul de ordin superior;
- este rezultatul unui rol social (rolul de poliţist);
- este rezultatul unui efect al activităţii de grup (ex. grupuri teroriste, etc.).

În opoziţie cu aceste cazuri, există altele în care frustrarea deşi majoră nu duce la comportamente agresive cum sunt următoarele situaţii:

- când individul a primit o educaţie moral cetăţenească solidă, aşa încât îi repugnă orice formă de agresiune;
- în care individul are suficiente resurse pentru a canaliza energiile declanşate de starea de frustrare în direcţia unei realizări sociale.

Chiar dacă nu absolutizăm raporturile dintre frustrare şi agresivitate, totuşi putem afirma că actele deviante în genereşi cele tipic infracţionale în special sunt motivate, în mare măsură, de existenţa unor frustrări, fie că stările frustrante sunt de moment, de o durată medie ori continuă.

De asemenea au efect declanşator stările de frustrare reală şi în egală măsură, cele imaginare. Acestea din urmă pot provoca - la fel frustrarea reală - toate formele de agresiune ostile sau instrumentale.



Scanned with OKEN Scanner

Situația frustrantă de moment de obicei duce la infracțiuni sau chiar crime ocazionale, nu odată provocate sau precipitate de comportamentul victimei, câtă vreme starea de frustrare continuă duce la acte agresive pregătite cu mult înainte de săvârşirea faptei, de trecerea la act.

## IV. TULBURAREA MINTALĂ ŞI SCĂDEREA CAPACITĂȚII DE ADAPTARE A PSIHICULUI

Omul nu trăieşte numai în lumea obiectelor fizice, el nu se raportează şi nu reacționează doar la stimulii naturali, ci şi la stimulii sociali la alți oameni, la norme comportamentale de grup, la valori socio-culturale. Omul este prin excelență o ființă socială, relațională (*zoon-politikon - Aristotel*) de aceea trăind şi acționând alături de alți oameni el îşi modelează simțirea, gândirea, voința şi comportamentul după particularitățile şi caracteristicile împrejurărilor şi contextelor situaționale în care viețuieşte.

Societatea îi furnizează omului nu doar mijloacele ce urmează a fi preluate, materializate, asimilate, ci şi în convieţuirile cu care acesta va opera. Ființa umană îşi apropie subiectiv nu numai realitatea fizică, ci şi realitatea socială, istoria unui individ izolat neputând fi ruptă de istoria celor ce l-au precedat sau a celor care îi sunt contemporani.

Comportamentul individual este impregnet de obiceiuri, tradiții, mentalități, prejudecăți ca şi de ceea ce s-ar putea numi spiritul epocii, al vremii. Treptat comportamentele individuale implicit procesele psihice consubstanțiale acestora, se instituționalizează devin norme comportamentale larg acceptate de membrii grupului sau societății.

Prin capacitățile sale psihice, individul nu doar că se adptează situației, ci el o şi creează, o schimbă, o restructurează, o amplifică sau o elimină. Socialul este întotdeauna şi psihic, iar psihicul este în mare parte şi social.

Psihicul apare, deci, ca principal instrument al adaptării omului la mediu. Dacă însă unele sau toate structurile sale componente vor suferi modificări cantitative sau calitative, capacitățile de adaptare psihosociale ale individului se vor urgenta, reduce sau chiar anula. Fără a fi unică, prima condiție în procesul anevoios şi continuu al adaptării şi integrării sociale a omului o reprezintă starea sa de sănătate mintală, respectiv gradul de dezvoltare şi integritatea funcțională a mecanismelor interne ale psihicului. Nu orice eşec adaptiv psihosocial are drept cauză afectarea sănătății mintale, după cum nu întotdeauna patologia mintală apare ca evidentă în răspunsurile individului la solicitările ambianței.

Domeniul patologiei mintale azi obiect de studiu al unor discipline ca psihipatologia şi psihiatria, a captat dintotdeauna atenția şi interesul



Scanned with OKEN Scanner

publicului larg, al învățaților vremii şi mai târziu, al oamenilor de ştiință, ridicând în fața acestora numeroase întrebări de ordin teoretic şi practic, ca, spre exemplu: ce este boala mintală şi care îi sunt cauzele? ce rol joacă diverşii factori de mediu în apariția sa? este vindecabilă şi cum anume? ce trebuie făcut cu bolnavii psihici? sunt aceştia dotați cu forțe supranaturale? există vreo legătură între geniu (inteligența excepțională) şi boala mintală? dar între acesta şi crimă? sunt bolnavii mintali responsabili de faptele lor?

Afectând în grade diferite adaptarea individului la mediu, tulburarea mintală poate, în anumite circumstanțe să-l aducă pe individ în conflict cu legea, cu semenii şi autoritățile, bolnavii mintali ca şi infractorii sănătoşi de altfel, putând comite acte antisociale îndreptate deopotrivă asupra persoanei, asupra proprietății statului sau a proprietății sociale.

Cauze dintre cele mai diverse unele cunoscute (genetic, traumatice, toxico-infecțioase, psihogene, etc.) altele încă nu, pot produce modificări cantitative sau şi calitative ale diverselor procese şi funcțiuni psihice.

## V. FACTORI CULTURALI ŞI REACȚII PSIHOSOCIALE LA BOALA MINTALĂ

Din analiza patologiei mintale şi a comportamentului bolnavului psihic nu trebuie neglijat un aspect esențial, acela al "*percepției*", "*etichetării*" şi reacției sociale la suferința mintală.

Aceste aspecte preocupă din ce în ce mai mult pe psihologi, iar cunoaşterea şi prevenirea lucrătorilor de poliție asupra lor capătă o importanță deosebită în organizarea şi desfăşurarea activității de investigații în speța judiciară cu bolnavi psihici ca autori bănuiți, sau victime.

Iată sintetizate câteva aspecte semnificative din acest punct de vedere:

a) Colectivitățile sociale sunt tentate să aprecieze boala mintală exclusiv după manifestările avute, explozive, spectaculare, în flagrantă contradicție cu normele şi modelele culturale.

De aceea deseori scapă neobservate, sau subevaluate, tulburări de personalitate la fel de grave prin semnificația lor clinică, dar mai puțin zgomotoase şi inedite: detaşarea de realitate şi izolarea, înclinația către visarea excesivă, delăsarea profesional şcolară, retragerea în alcool, etc.)

În aprecierea bolii mintale nu există un acord deplin între publicul larg (restrictivă prin excelență) şi criteriile ştiințifice de evaluare.



Scanned with OKEN Scanner

**b)** Nu întotdeauna patologia mintală apare ca evidentă în răspunsul individului la solicitările mediului. Anumite afectări ale personalității se "*developează*" greu şi devin evidente numai în condițiile unei solicitări specifice. Spre exemplu un debil mintal pus să execute activități simple, gospodăreşti va trece drept normal. De aceea nu trebuie să ne aşteptăm ca tulburările de personalitate ale cuiva să apară ca evidente la un simplu dialog cu acesta sau într-o împrejurare normală.

Anumite condiții de mediu social pot compensa şi masca "*deteriorarea*" şi tulburarea personalității, altele însă le pot declanşa.

**c)** Publicul larg diferențiază cu greu bolile mintale şi gravitatea lor. În viața socială asistăm la percepția globală şi etichetarea nediferențiată a tuturor celor care au solicitat un consult psihiatric ori au primit un diagnostic de boală psihică.

Din această cauză în societate s-au dezvoltat corespunzător şi atitudini defensive:

- psihiatria încearcă să disimuleze prin formule diagnostice sofisticate boli grave, în scopul de a-l feri pe pacient de izolare, ironizare, respingere a grupului social sau de consecințele unor interpretări empirice, greşite (pierderea dreptului de a profesa, de a conduce, etc.).
- aceeaşi teamă de "*stigmatizare*" socială îi determină pe mulți părinți să evite sau să amâne prezentarea la psihiatru a tinerilor, chiar în condițiile unor simple impasuri de adaptare ale acestora.

**d)** De cele mai multe ori, prezența unui suferind mintal într-o colectivitate produce frecvent tensiune, teamă şi derută.

În raport cu aceasta reacțiile psihosociale sunt extrem de diverse, neunitare şi contradictorii, oscilând între toleranță binevoitoare, ironizare sau batjocură şi atitudini ostile, de respingere ori izolare.

În personalitatea suferindului mintal, în afara bolii ca atare, vom întâlni adeseori alterări secundare de personalitate suprapuse simptomatologiei inițiale şi rezultate din răspunsul colectivității la deficitul său de adptare socială. Astfel de alterări sunt reprezentate de stări depresive, anxietate de relaționare şi timiditate excesivă, tendințe de disimulare (ascundere) a tulburărilor, manifestări isteriforme, revendicative, obsesivo-feline, hipocondriace, paranoide, reacții de persecuție, conspirație, izolare,etc.

În plan judiciar, această simptomatologie secundară, generată de influența mediului social, va trebui căutată şi în mediul unor stări conflictuale, răzbunări şi agresiuni ale bolnavului asupra altora (mai ales în cazul epilepticilor, al schizofrenilor, a delincvenților cronici, etc).



Scanned with OKEN Scanner

## VI. INCIDENȚA BOLNAVULUI PSIHIC ÎN SĂVÂRȘIREA FAPTELOR PENALE

În ultimii ani, incidența penală a persoanelor din această categorie socială a cunoscut o creștere ușoară. Astfel că în cursul ultimilor 6 ani, la solicitarea organului de urmărire penală, ori a părților în județul Bihor au fost expertizate psihiatric un număr de 2706 persoane, stabilindu-se că 1079 dintre acestea suferă de o boală psihică. Redăm mai jos sinopțiul persoanelor examinate psihiatric, dintre cele ce au săvârșit fapte penale.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Total persoane examin. | 289 | 345 | 400 | 455 | 487 | 227 |
| Faza urm.penale depistete cu boala psihică | 78 | 107 | 125 | 147 | 135 | 43 |
| Comisia art. 113-114 C.pen. | 65 | 57 | 59 | 47 | 67 | 47 |
| Total bolnavi psihic examinați | 143 | 167 | 184 | 194 | 202 | 90 |

Din totalul prezentat se poate observa caracterul ascendent al incidenței bolnavilor psihici în săvârșirea de fapte penale.

Relevant este însă gruparea persoanelor, autori de fapte penale, depistate de către comisiade expertiză psihiatrică legală ca suferind de o boală psihică. Am grupat acești bolnavi psihic pe categorii de fapte penale și pe ani, constatând următoarele:

a) suferinzi de diverse psihopatii sau stări psihopatoide.

| Fapta | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Omor | 2 | 1 | 2 | 2 | - | 1 |
| Viol | - | - | - | 1 | 3 | 1 |
| Tâlhării | 1 | - | 1 | - | - | - |
| Furt | 2 | 3 | 6 | 3 | 5 | - |
| Văt.corp. | 1 | - | - | 1 | 1 | - |
| Alte infr. | 3 | 2 | 1 | 3 | 6 | 4 |
| Total | 8 | 6 | 10 | 10 | 15 | 6 |

Psihopatia reprezintă o personalitate umană și modelării sociale. Frecvent psihopatul are o copilărie cu numeroase și dramatice "*istorii*" familiale: infidelitate, abandon, divorț, alcoolism, violență, gelozie. Viața psihopatului este în general fertilă în incidente, bogată în eșecuri și conturbatoare pentru societate.

Personalitatea psihopatului se anunță de timpuriu ca rezistentă la educație, influențe coercitive, chiar represive. Educația se execută dificil,



Scanned with OKEN Scanner

atât în familie cât şi în şcoală, individul constituind pentru ambele un "*copil problemă*".

În paralel cu conflictualitatea familială, cu dezinteresul şi refuzul şcolii, se afirmă în cazul psihopatului interesul său pentru anturajele străzii, pentru grupul de prieteni cu preocupări nesănătoase, aventuriste, huliganice etc.

Incidența delictuală timpurie şi cronicizarea conduitei antisociale, constituie o altă caracteristică socială a dezvoltării personalității psihopatice: fuga de acasă şi inițial furtul din casă, huliganism, vagabondaj, aventuri în grup, precocitate în relații sexuale, acostări, tâlhării, violențe, furturi şi nu rareori omoruri, chiar în scop de jaf.

b) bolnavi suferinzi de schizofrenie:

| Fapta | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Omor | - | 1 | - | 2 | 2 | - |
| Viol | - | 2 | - | - | 2 | - |
| Tâlhărie | - | - | 1 | 1 | - | 1 |
| Furt | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 |
| Văt.corp. | 2 | 3 | 4 | 6 | 13 | 4 |
| Alte infr. | - | - | 1 | - | 1 | - |
| TOTAL | 8 | 7 | 8 | 12 | 22 | 6 |

Schizofrenia - ridică şi unele probleme de aspect judiciar , în special în perioada de debut a bolii, actele antisociale comise ulterior fiind mai reduse, datorită depistării bolnavilor şi spitalizării lor. La frecvență predomină furtul şi vagabondajul, un număr ridicat dintre vagabonzi recrutându-se dintre schizofreni (5; 188).

Bolnavii de schizofrenie paranoidă se dovedesc a fi ceva mai periculoşi în virtutea halucinațiilor auditive complexe, a ideilor delirante de persecuție, urmărire, influență, ca şi a senzațiilor lor că ar fi comandați, din afară de forțe exterioare, străine. În general ei nu fac o legătură între tema delirantă şi o anumită persoană, dar când această legătură se obiectivizează există posibilitatea ca persoana vizată să fie reclamată, bătută sau chiar omorâtă.

Infracțiunile comise de schizofreni pot avea un caracter premeditat, dar cel mai adesea ele au un caracter brusc, instantaneu, fiind efectul unui scurtcircuit mintal. În general schizofrenii nu manifestă preferință pentru un anumit gen de infracțiuni de victime sau de bunuri. La ei frapează caracterul absurd, nemotivat, ilogic al unor infracțiuni. Totodată infracțiunile comise de schizofreni se caracterizează prin lipsa oricăror măsuri de precauțiune - dinaintea şi după comiterea faptei.



Scanned with OKEN Scanner

**c)** bolnavi de epilepsie:

| Fapta | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|---|---|---|---|---|---|
| Omor | - | - | 1 | 1 | - |
| Tâlhărie | - | - | - | 1 | 3 |
| Furt | 1 | 2 | 3 | 3 | 5 |
| Alte infract. | 1 | - | 1 | 2 | 2 |
| Total | 2 | 2 | 5 | 7 | 10 |

Prin structura şi manifestările sale psihopatia epileptoidă este unanim considerată a se afla în pragul delincvenței (11:241; 17:106), (2:106) fiind cunoscută tendința persoanei de a răspunde prin resentimente şi răzbunare excesivă, explozivă la cele mai neînsemnate şi banale incitații de mediu.

O serie de autori susțin că tulburările epileptice determină cel mai ridicat număr de agresiuni şi crime în general de delicte din întreaga patologie mintală, reprezentând între 20-50% din totalul patologiei psihiatrice de interes judiciar (5:180) şi cca 9% din accidente şi tentative de omucideri. Epilepticii pot comite infracțiuni diverse, de la furt, fals, înşelăciuni, viol, nesubordonare până la violența gravă. Infracțiunile sunt de obicei comise în perioadele de tulburări psihice care preced criza convulsivă sau în ceea ce îi urmează, fiind realizate pe fondul unei obnubilări a conştiinței, actul înregistrându-se slab sau deloc în memoria autorului (amnezie lacunară). Omuciderile comise de epileptici au un caracter imprevizibil, impresionând prin automatismul şi brutalitatea execuției (11:241) (19:268) ca şi prin ferocitatea şi cruzimea extremă a actului, cu mutilarea inutilă şi excesivă a victimei (5:180) (17:435).

Intenția originală poate apărea pe fondul agresivității prodromale şi ea poate fi încurajată deliberat de bolnav prin negația premeditată de alcool, majoritatea actelor agresive ale acestuia fiind comise după consum alcoolic şi fiind cu atât mai grave.

Actul criminal se mai caracterizează, de asemenea, prin absența unui motiv plauzibil sau pe măsura actului şi nu concordă în general, cu comportarea cotidiană a bolnavului (greoi, încet, vâscos) şi cu aspectul lui de individ inocent, pedant şi meticulos. Epilepticul păstrează mult timp în amintire stările conflictuale şi ideile de răzbunare cărora le poate da curs târziu, făcându-i pe specialişti să afirme că un epileptic blând poate fi mai periculos decât un maniacal furios (17:435).

Tabloul psihipatoid al epilepsiei predispune în general la recidivă.

**d)** debilitate mintală

| Fapta | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|---|---|---|---|---|---|
| Omor | 1 | 2 | - | 2 | - |
| Viol | 2 | - | - | 2 | 1 |



Scanned with OKEN Scanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Tâlhărie | 2 | 4 | 13 | 8 | 3 |
| Furt | 32 | 43 | 64 | 64 | 18 |
| Văt. corp. | - | 1 | - | - | 2 |
| Alte infr. | 5 | 4 | 8 | 10 | 5 |
| TOTAL | 43 | 54 | 85 | 86 | 29 |

Educația şi adaptarea socială a debilului mintal, în afara deficitului intelectual sunt îngreunate şi de existența altor tulburări psiho-comportamentale (instabilitate emoțională, lipsa stăpânirii de sine şi a autocontrolului, pulsiunile instinctive, etc. făcând ca individul să manifeste deseori deficit de anticipare a efectelor propriilor acțiuni sau a intereselor personale de perspectivă, ori să "*aleagă*" răspunsuri inadecvate sau disproporționate pentru depăşirea unor situații problematice (violență, minciună, negativism, încăpățânare, etc.).

Lipsiți de supraveghere ori chiar sub influența unor infractori versați, oligofrenii pot comite atentate la bunele moravuri, violuri, şi delicte sexuale, furturi.

## VII. PARTICULARITĂȚI ALE CERCETĂRII LA FAȚA LOCULUI CARE CONDUC LA CONCLUZIA UNUI BOLNAV PSIHIC.

Cercetarea la fața locului este activitatea procesual penală cu cea mai mare încărcătură psihologică şi prin posibilitățile ce le oferă "*reprezentând o carte deschisă*" - poate conduce la identificare autorilor. Locul faptei cel mai complex îl oferă infracțiunile comise prin violență şi în special cele care au avut ca urmare moartea victimei. Această activitate se desfăşoară de regulă în echipă complexă - procuror, lucrător de poliție, medic legist, experți criminalişti, etc.

Dacă această necesitate metodologică este astăzi un adevăr evident, revenirea asupra ei nu mi se pare superfluă având în vedere marile avantaje pe care le promite constituirea echipei de cercetare. este vorba, în mod esențial, de garanția unei obiectivități sporite şi eficiente derivată din presupusa conjugare a competențelor, a specializărilor. deşi din perspective multidisciplinare, obiectivitate care se vede amenințată în lipsa unui dialog real care să se instituie între membrii echipei de cercetare.

Ar fi însă o eroare să excludem din arsenalul criminalisticii, personalizarea cercetării, fiind bine cunoscute efectele faste pe care le are intuiția, flerul, calitățile psihologice, adeseori indispensabile. Dar toate aceste calități personale trebuie totuşi subordonate unui concept pozitiv, valoarea lor fiind nulă fără corespondențe probatorii finale. Mai mult încă, jocul psihologic al ipotezelor, al unor detalii, nu este nici pe departe autonom: dimpotrivă, el se declanşează şi funcționează printr-un dialog continuu cu faptele, corijându-se necontenit după ele, până ce



Scanned with OKEN Scanner

modelul propus se verifică. Modelul interpretativ - cu întrega lui încărcătură psihilogică - este într-o continuă refacere, în dependență strictă de fapte. Lucrurile însă se complică dacă avem în vedere că faptele, în modalitatea lor, au o valoare **limitată de adevăr**. Adesea, faptele trebuie supuse - dacă putem spune aşa - unei "*prelucrări*" pentru ca ele să developeze adevărul util criminalisticii şi justiției, "*prelucrare*" ce înseamnă întreg setul de expertize medico-legale, psihiatrice, biocriminalistice, traseologice, etc. - expertize care adeseori operează şi ele cu termen şi concluzii probaditive. În asemenea situații se înțelege, sarcina de a face sinteza acestora - cu modelul interpretativ adiacent - este cât se poate de dificilă, şansele de eroare fiind mari în absența unui dialog real între membrii echipei de cercetare. Dialogul continuu, schimbul de opinii, reprezintă singurul mijloc apt de a dirija constituirea acestui model interpretativ în conformitate cu faptele, de a valoriza în mod eficient aspecte, detalii, nuanțe care, alternativ, ar fi ori ignorate ori - mai grav - neînțelese şi ca urmare răstălmăcite.

Echipa care efectuează cercetarea la fața locului într-o infracțiune care are ca urmare moartea victimei, are sarcina de a constata în total sau în parte, fapte sau împrejurări prin care să se poată răspunde la următoarele întrebări:

- "*ce*" anume eveniment a avut loc, respectiv dacă e vorba de o moarte patologică, accident, sinucidere sau de omucidere;
- "*unde*" s-a săvârşit fapta;
- "*când*" s-a săvârşit fapta;
- "*cum*" sau în ce mod s-a produs decesul;
- "*cu ce*" mijloace, instrumente, arme, toxice s-a cauzat moartea;
- "*de ce*" s-a săvârşit infracțiunea, mobilul;
- "*cine*" a săvârşit fapta.

Cazuistica existentă în materie evidențiază că multe fapte şi uneori deosebit de grave, au fost comise de bolnavi psihici sau de unele persoane cu diverse tulburări psihice. S-au întâlnit situații când astfel de persoane, pe lângă luarea unor măsuri de prudență, au manifestat mult rafinament în pregătirea şi executarea acțiunii criminale, iar prin comportamentul avut ulterior nu a creat vreo suspiciune.

Din rezolvarea cazurilor de această natură s-au dispus unele date din faza de cercetare la fața locului, raportul medico-legal şi a primelor investigații, care să ne conducă la ipoteza mobilului bizar şi respectiv că autorii provin din rândul celor bolnavi psihic sau cu tulburări de această natură.

Constatările cercetării la fața locului din care rezultă mobilul bizar sunt:



Scanned with OKEN Scanner

- existența unor multiple leziuni grave, ajungând până la acte de ferocitate sau manifestări de sadism (mutilări, decapitări, secționarea victimei în timpul vieții, etc.).

- executarea unor acțiuni ce nu se justifică, nu au motivație sau fără scop practic în câmpul infracțiunii (tăierea tapițeriei de la fotolii, pat, etc.);

- folosirea în omorârea victimei a mai multor modalități care practic nu erau necesare;

- lipsa de prudență sau curajul de a ataca victima în timpul zilei, în baruri publice, în condiții de inferioritate fizică sau numerică;

- folosirea pentru atac a unor obiecte care prin destinație şi caracteristici nu au valoare de agent vulnerant;

- repetarea la scurt timp sau imediat a acțiunii criminale cu mod de operare similar, adesea îndreptate către copii, membrii familiei.

În procesul de elaborare a ipotezelor şi versiunilor de lucru este necesar să ne abatem de la logica normală a lucrurilor pentru a prezuma sau intui specificul modului de gândire şi de acțiune al făptuitorului, motivația faptei şi a modalităților concrete de comitere a faptei. O asemenea gândire este determinată de necesitatea stabilirii locurilor unde s-ar putea găsi urme materiale.

Totodată trebuie avut în vedere că bolnavii psihici comit omoruri şi în mod accidental, fără a avea legătură prealabilă cu victima. Ca urmare, pe lângă bolnavii psihici cu care victima a avut anumite relații şi ar fi putut duce la omorârea lor, ori s-au aflat în situații conflictuale, trebuie a fi luați în calcul şi aceia care aveau posibilitatea să ajungă la locul savârşirii faptei în mod întâmplător sau prin desfăşurarea unei activități.

Activitatea de investigație presupune o consultare permanentă cu medicii psihiatri asupra tipului de bolnav psihic, consultarea evidențelor laboratorului de sănătate mintală.

## VIII. METODE UTILIZABILE DE LUCRĂTORII DE POLIȚIE PENTRU APRECIEREA STĂRII DE SĂNĂTATE A PERSOANEI

În activitatea lor curentă, lucrătorii operativi sau cei de cercetare din cadrul poliției utilizează frecvent o serie de metode generale de cunoaştere a persoanei: observația, convorbirea (sau interviul) activitatea de investigație.

Asupra acestor metode curente şi accesibile ne vom opri în continuare atenția, spre a le dezvălui specificul şi particularitățile lor în aprecierea sănătății mintale a cuiva, pentru precizarea naturii şi pericolului social al anumitor tulburări de personalitate.



Scanned with OKEN Scanner

**Observația** - constituie o percepție către un scop şi legată de acesta în desfăşurarea sa.

Elemente deosebit de utile şi relevante pentru starea de sănătate mintală a persoanei ne evidențiază, prin observație, ținuta sa vestimentară, mimica şi fizionomia, gestica şi comportarea sa, ca şi exprimarea sa verbală.

**Ținuta vestimentară** deține multiple semnificații sociale (conformarea la convenințele sociale, atitudinea față de alții, față de sine, este/şi devine pretenție relevantă pentru aprecierea personalității cuiva.

Ținuta dezordonată, neângrijită, neglijența este foarte des întâlnită la bolnavii mintali, exprimând fie o gândire şi afectivitate dominate de autoculpabilitate, negație şi inutilitate socială (depresivi, melancolici) fie o desconsiderare a semnificației ei sociale consecutive unor alterări severe de personalitate (oligofrenie, demențe, schizofrenie, stări confuze) fie pur şi simplu grabă şi superficialitate (stări maniacale). În forma sa severă gotismul vestimentar presupune o vestimentație urât mirositoare, purtând urme de produse biologice, întâlnită la alcoolicii cronici, demențele profunde, oligofreniile severe, etc.).

Ținuta excentrică, în culori frapante, țipătoare (psihopați, isterici, stări maniacale) poate fi ornată cu panglici multicolore, coronițe, decorații militare, alte însemne (parafrenie, deliranți mistici) sau cu detalii bizare (schizofreni).

Rafinametului vestimentar excesiv traduce de obicei o preocupare de sine excesivă, narcisistă, asociată cu o imagine față de persoana sa, disproporționată. Se întâlneşte la isterici, paranoici, deliranți cronici / în funcție de tematica lor ideativă / şi uneori la homosexuali.

Pedanteria vestimentară excesivă caracterizează de obicei persoane obsesive, fobice şi anancaste.

**Cisvestionul** desemnează o ținută vestimentară nepotrivită poziției socio-profesionale, vârstei sau situației sociale concrete în care se găseşte individul. Se întâlneşte frecvent la psihopați iar la unii dintre aceştia capătă fie nuanță cosmopolită, de snobism ("*neglijeul*") vestimentar studiat, fie o nuanță contestatară, neconformistă (psihopați contestatari, paranoici, reformatori politici, etc.). Este cunoscută tendința psihopatului de a-şi evidenția personalitatea, ținuta vestimentară, sonoritatea vorbirii, gestică, tatuaj, "*probe*" de independență şi exteriorizare ostilă, nonconformistă a persoanei sale.

**Observarea mimicii şi fizionomia persoanei**

**Fizionomia** - reprezintă totalitatea trăsăturilor feței cuiva care determină expresia ei particulară, puternic relevantă în cazul patologiei mintale:



Scanned with OKEN Scanner

**Observaţia** - constituie o percepţie către un scop şi legată de acesta în desfăşurarea sa.

Elemente deosebit de utile şi relevante pentru starea de sănătate mintală a persoanei ne evidenţiază, prin observaţie, ţinuta sa vestimentară, mimica şi fizionomia, gestica şi comportarea sa, ca şi exprimarea sa verbală.

**Ţinuta vestimentară** deţine multiple semnificaţii sociale (conformarea la convenienţele sociale, atitudinea faţă de alţii, faţă de sine, este/şi devine pretenţie relevantă pentru aprecierea personalităţii cuiva.

Ţinuta dezordonată, neângrijită, neglijenţa este foarte des întâlnită la bolnavii mintali, exprimând fie o gândire şi afectivitate dominate de autoculpabilitate, negaţie şi inutilitate socială (depresivi, melancolici) fie o desconsiderare a semnificaţiei ei sociale consecutive unor alterări severe de personalitate (oligofrenie, demenţe, schizofrenie, stări confuze) fie pur şi simplu grabă şi superficialitate (stări maniacale). În forma sa severă gotismul vestimentar presupune o vestimentaţie urât mirositoare, purtând urme de produse biologice, întâlnită la alcoolicii cronici, demenţele profunde, oligofreniile severe, etc.).

Ţinuta excentrică, în culori frapante, ţipătoare (psihopaţi, isterici, stări maniacale) poate fi ornată cu panglici multicolore, coroniţe, decoraţii militare, alte însemne (parafrenie, deliranţi mistici) sau cu detalii bizare (schizofreni).

Rafinametului vestimentar excesiv traduce de obicei o preocupare de sine excesivă, narcisistă, asociată cu o imagine faţă de persoana sa, disproporţionată. Se întâlneşte la isterici, paranoici, deliranţi cronici / în funcţie de tematica lor ideativă / şi uneori la homosexuali.

Pedanteria vestimentară excesivă caracterizează de obicei persoane obsesive, fobice şi anancaste.

**Cisvestionul** desemnează o ţinută vestimentară nepotrivită poziţiei socio-profesionale, vârstei sau situaţiei sociale concrete în care se găseşte individul. Se întâlneşte frecvent la psihopaţi iar la unii dintre aceştia capătă fie nuanţă cosmopolită, de snobism ("*neglijeul*") vestimentar studiat, fie o nuanţă contestatară, neconformistă (psihopaţi contestatari, paranoici, reformatori politici, etc.). Este cunoscută tendinţa psihopatului de a-şi evidenţia personalitatea, ţinuta vestimentară, sonoritatea vorbirii, gestică, tatuaj, "*probe*" de independenţă şi exteriorizare ostilă, nonconformistă a persoanei sale.

**Observarea mimicii şi fizionomia persoanei**

**Fizionomia** - reprezintă totalitatea trăsăturilor feţei cuiva care determină expresia ei particulară, puternic relevantă în cazul patologiei mintale:



Scanned with OKEN Scanner

- mimica specială, derutată, confuză, caracterizează tulburările de conştiinţă, stările confuzional onirice şi demenţiale;
- mimica ştearsă, inexpresivă, privirea opacă caracterizează de asemenea stările demenţiale profunde, schizofreniile, etc.
- privirea sclipitoare, extrem de mobilă şi vioaie, caracterizează bolnavii maniacali şi unii psihopaţi;
- mimica stinsă, imobilă sau fixând o mască tragică dureroasă se întâlneşte la bolnavii depresivi, melancolici, nevrotici depresivi, uneori la schizofreni, ei apărând intens preocupaţi de "*frământări interioare*".

În funcţie de conţinutul ideativ mimica poate fi "*studiată*" comunicând o atitudine de dispreţ, exaltare, neâncredere în sine (delirurile expansive) sau vioaie dar suspicioasă, rezervată (delirurile paranoide sau paranoiace).

În cazul schizofrenilor, al debililor mintali, ca şi în demenţele profunde, întâlnim şi reacţii mimice necontrolate şi nemotivate (veselie, tristeţe, agitaţie, stupoare, etc.) ce apar şi dispar brusc.

Fizionomia individului este puternic relevantă în stările de idioţie şi imbecilitate (facies mongoloid cu pomeţi proeminenţi aspect de cretin) şi uneori în demenţele profunde exprimând prostaţia, golirea de orice conţinut psihic.

**Dialogul** sau convorbirea este capabilă să aducă poliţistului informaţii deosebit de utile şi relevante pentru starea de sănătate şi echilibrul mintal al interlocutorului.

În forma sa anarumertică (biografică) de profunzime, interlocutorul relatează evenimente, situaţii profunde, episoade şi detalii din evoluţia sa biografică cu rol semnificativ în formarea şi conturarea personalităţii sale actuale.

Dialogul ne permite să pătrundem şi să evaluăm evoluţia individului, dar îndeplineşte şi alte funcţii importante pentru <u>obiectivele</u> pe care le urmărim.

- mediază corelaţia interpersonală, înlesnind apropierea afectivă faţă de interlocutor, condiţia reuşitei interacţiunii cu acesta şi pe care lucrătorii de poliţie cu experienţă o cunosc şi o utilizează ca atare;
- ne oferă posibilitatea să construim "*portretul*" psihologic al interlocutorului, caracterizându-i memoria, inteligenţa, vocabularul şi coerenţa exprimării verbale, conţinutul ideatic al afectivităţii, trăsăturile temperamentale, de caracter de personalitate (atitudini, motivaţii, interese, aspiraţii).

Discutarea se va purta în jurul unor teme ca:
- câţi copii au fost acasă, cine i-a crescut, cu ce se ocupă părinţii, fraţii, surorile;



Scanned with OKEN Scanner

- evenimente deosebite în familie: decese, divorțuri, neânțelegeri, abandonări, condamnări şi cum s-au soluționat;
- dacă el sau unul din membrii de familie suferă de o boală neuropsihică, de ce natură, de când şi cum se manifestă;
- locul şi mediul în care a copilărit, amintirile care îl leagă de copilărie;
- evoluția şi rezultatele şcolare;
- calificarea profesională şi locurile de muncă schimbate (motivul) cum se integrează în actualul loc de muncă;
- dacă e căsătorit, de când, cu ce se ocupă soția (soțul) şi câți copii au, atmosfera în familie;
- cum îşi petrec timpul liber, dacă au prieteni, cunoscuți, cu ce se ocupă aceştia, ce pasiuni, aspirații, proiecte de viitor are.

**Activitatea de investigații** - favorizează poate cele mai bogate şi ilustrative date privind specificul, evoluția, manifestările şi periculozitatea socială a tulburărilor de personalitate ale unui individ. În cadrul acestei activități se vor obține date cu privire la:

**a)** Cunoaşterea familiei de apartenență a bolnavului şi a specificului ei socio-cultural.

Familia poate favoriza, declanşa, agrava sau din contră tolera, compensa, poate corecta şi toate tulburările de personalitate ale individului. Sub aspect psiho-social şi judiciar, grupul de apartenență poate chiar să promoveze şi să dezvolte la individ valori, modele şi manifestări psihopatogene, capabile să-i compromită acestuia evoluția normală sau chiar să-l aducă în conflict cu legea şi autoritățile (cazul sociopaților).

În concret vom încerca să obținem informații privind starea socială şi specificul cultural al familiei, condițiile de locuit, starea de sănătate mintală a părinților, fraților, surorilor persoanei, atitudinea familiei față de aceasta (superprotectoare, superlibertină, etc.) coeziunea şi organizarea familiei, valorile şi modelele promovate din conflictualitate, alcoolism, dezorganizare, imoralitate, etc.

**b)** Boala, evoluția sa, conştiința bolii şi atitudinea bolnavului față de propria suferință.

- când, la ce vârstă şi în ce împrejurări a debutat boala (traumatisme cranio-cerebrale, psihotraume de relaționare, etc.), cum s-a manifestat şi cum a evoluat;
- dacă bolnavul a fost şi este conştient de boala de care suferă, în ce măsură şi cum a reacționat solicitând concedii şi scutiri medicale, tratament, pensionare, schimbarea locului de muncă (absolvirea de responsabilități civice, penale, etc.);



Scanned with OKEN Scanner

- dacă a urmat tratamentul respectiv interdicția de a nu consuma alcool, etc. şi cu ce rezultate;
- dacă are tendința de a-şi provoca sau evoca în mod deliberat tulburările prin ingurgitație alcoolică, conflictualitate intenționată, etc., în ce scop şi cu ce rezultate;
- dacă vorbea despre boala sa, cu cine şi cum îşi descrie tulburările, etc.

**c)** Integrarea socio-profesională şi şcolară a bolnavului:
- profesia şi solicitările specifice locurilor de muncă ocupate de bolnav;
- capacitatea sa de răspuns: performanța în muncă, şcolară, etc.;
- integrarea bolnavului în colectivul de muncă, comportările sale (obişnuință, comportare, agresivitate, etc.) şi motivația lor.

**d)** Reacția colectivității la manifestările bolnavului şi posibilitățile lui de reinserție socială:
- dacă bolnavul are prieteni, cunoştințe, cine sunt, cu ce se ocupă şi cum sunt cunoscuți aceştia de către organele de poliție, etc.;
- cât timp petrec în mijlocul lor, cât de influenți cu ce preocupări;
- ce influențe au exercitat asupra sa aceştia şi cu ce rezultate; părăsire a domiciliului, locului de muncă, căsătorie, prostituție, etc.

**e)** Analiza produselor activității bolnavului psihic - personalității sale, aceste rezultate fiind puternic semnificative şi relevante pentru interesele, valorile şi preocupările sale.

Locuința (camera) bolnavului şi împrejurimile habitatului său: aranjarea şi funcționalitatea unui anume mobilier; obiectele existente, estetica şi funcționalitatea lor; cărțile şi tematica lor (erotico-sexuală, anatomică sau criminalistică); prezența înscrisurilor cu conținut mistico-religios sau oculist (delirul de influență mistică); absența sau excesul de decorațiuni ambientale; gradul de igienă al locuinței, vestimentației; înscrisurile primite sau al căror autor este bolnavul, creații literare, plastice etc.

**f)** Studierea documentelor oficiale, informații utile, sistematizate în forma unor diagnostice (cauzale sau comportamentale) asupra debutului, evoluției şi prognosticului tulburărilor, pot oferi o serie de documente oficiale ca: foi de observație clinică; bilete de externare; rapoarte de expertiză medico-legală psihiatrică; certificate medicale; fişe psihopedagogice de cunoaştere pentru elevi; caracterizări şi note de relații.

Informațiile obținute prin studierea acestor documente vor trebui corelate, completate şi cercetate reciproc pentru a evita exagerările, minimalizările, omisiunile şi deformările intenționate sau nu. Vom putea evalua astfel corect şi realist, dezbărați de prejudecăți, personalitatea individului, periculozitatea lui socială, posibilitatea participației sale la



Scanned with OKEN Scanner

fapta cercetată sau conduita sa în ipostaza de victimă provocatoare, ignoranță, imprudență, etc.

## DIFICULTĂȚILE MEDICULUI LEGIST ÎN COMISIA DE EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

Dr. G. MIHALACHE
Laboratorul de Medicină Legală Oradea

Principiile şi normele generale de efectuare a constatărilor şi expertizelor medico-legale sunt cuprinse în secțiunea IX şi X, respectiv articolele de la 112 la 125 ale Codului de Procedură Penală. În aceste articole sunt prevăzute condițiile în care pot fi solicitați specialişti pentru a sprijini activitatea organelor de urmărire penală, atribuțiile şi drepturile expertului, precum şi metodologia de efectuare a expertizei.

Referiri precise la expertiza medico-legală psihiatrică sunt aduse în Regulamentul de aplicare a Decretului 446/1966 pentru organizarea institutelor şi serviciilor medico-legale. Articolul nr.42 din capitolul IV al acestui Decret, arată că expertiza medico-legală psihiatrică se execută de o comisie instituită în acest scop formată dintr-un medic legist şi doi medici psihiatri.

Față de numărul mare de documente ce reglemetează efectuarea expertizei medico-legale psihiatrice, s-ar putea crede că nu pot apărea dificultăți în acest demers ştiințific.

Pornind de la principiul care trebuie să stea la baza expertizei medico-legale psihiatrice, care este acela al asigurării climatului optim de examinare în cadrul unui teren neutru, în practică apar unele situații ce crează un disconfort atât examinatorului cât şi examinaților, disconfort ce se poate repercuta în calitatea ştiințifică a expertizei ca atare.

Putem împărți aceste situații nefavorabile în:

- dificultăți de ordin organizatoric
- dificultăți de ordin logistic.

Vom enumera câteva dintre acestea cu aprecieri imediate asupra unor posibilități de remediere.

- *Locul de desfăşurare al expertizei* este de regulă cabinetul unuia dintre medicii psihiatri solicitați să facă parte din comisie. Acest lucru crează disconfort din cauza momentelor de întrerupere a activității specifice comisiei prin intercalarea unor momente de activitate medicală specifice secției. Se impune găsirea unui spațiu (încăperi) relativ izolată față de circuitul bolnavilor într-un spital de psihiatrie, dar cu posibilitatea de acces rapid mai ales la arhivă pentru a putea beneficia de eventualele acte medicale necesare în cursul examinării, şi de



Scanned with OKEN Scanner

asemenea cu telefon cu acces la surse diverse de informații (Poliție, Procuratură, LSM).

- *Capacitatea redusă de adaptare a spitalului* de psihiatrie la a interna în condiții specifice (saloane mici, cu paturi puține) a unor bolnavi, sau presupuşi bolnavi psihici arestați, deci care necesită pază obligatorie. Se impune nominalizarea a unuia sau două saloane care să fie folosite doar în acest scop.

- *Incapacitatea*, aproape totală, a instituțiilor care aduc persoane pentru expertiză psihiatrică *de a-i păzi pe perioada internării*, cu referire la persoanele arestate. În aceste cazuri survin momente de tensiune când la solicitarea expresă a medicului legist față de situația că se impune o internare de mai lungă durată, pentru menținerea sub observație, stabilirea diagnosticului, respectiv aplicarea unui tratament, răspunsul este că nu este suficient personal pentru pază şi deci persoana în cauză nu poate rămâne internată.

*Dificultatea de a coopta în comisie anumiți medici psihiatrii* sub motivația, de altfel în fond corectă, că nu sunt remunerați pentru această activitate efectuată în afara sarcinilor de serviciu. O reglementare interministerială în acest domeniu este bine venită.

- Apariția unor momente de mare aglomerație în sensul că în aceeaşi zi se adună un număr mare de persoane pentru a fi expertizate. Mai mult de şapte-opt expertize medico-legale psihiatrice ce se derulează de-a lungul a trei-patru ore "*poate obliga*" la superficialitate. Se impune deci, o programare în timp a acestor expertize.

- Datorită complexității unor cazuri, ne vedem adesea în fața unor situații în care se invocă suferințe psihice vechi, expertize vechi, internări care nu pot fi dovedite în absența unor acte. *Absența dosarului cauzei* este de asemenea un factor care îngreunează mult efectuarea unor expertize. Se impune deci, obligativitatea prezentării din timp a dosarului precum şi a tuturor actelor medicale referitoare la caz pentru a fi studiate în prealabil.

## EXAMENUL PSIHOLOGIC "RADIOGRAFIE A PERSOANEI EXPERTIZATE MEDICO-LEGAL"

Psihol. N. VANDICI, Psihol. ILEANA COLCERIU, Dr. H. ARDELEAN
Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea

Examenul psihologic pentru persoanele expertizate medico-legal solicită psihologul clinician nu numai la o bună cunoaştere a tehnicilor psihodiagnostice, ci şi o formație clinică presupunând vaste cunoştințe

Scanned with OKEN Scanner

de psihopatologie, de psihologie dinamică, de psihologie medicală, precum şi o aprofundată experienţă clinică.

Cerinţele cărora trebuie să le răspundă examenul psihologic sunt cuprinse în aria:

- nivelul dezvoltării mintale;
- depistarea factorilor etiologici;
- diferenţierea tulburărilor organice de tulburările funcţionale;
- estimarea gradului de handicapare condiţionate de factorii organici şi de factorii funcţionali;
- evaluarea amplorii sau intensităţii procesului morbid în raport cu datele cuantificabile privind tipul sau gradul de gravitate;
- stabilirea unei baze obiective pentru indicarea unor măsuri terapeutice.

Examenul psihologic în expertiza medico-legală se înscrie în interacţiunea factorilor: subiect, psiholog examinator, cadru, timp, metodă, beneficiar (comisia de expertiză). Este un proces ce constă în a culege, a confrunta, a reasambla, a structura, şi în final, a interpreta informaţiile de ordin comportamental emise de către subiect.

Examenul este precedat de o convorbire cu subiectul, în care se urmăreşte alcătuirea unei prezentări generale a nivelului capacităţii sale de conştientizare, a nivelului intelectual, a particularităţilor sale psihologice, a atitudinii faţă de sine şi faţă de situaţia în care se află, dezvăluirea acuzelor formulate de subiect, evidenţierea sferei fenomenelor patologice care pot avea o semnificaţie diagnostică şi care vor trebui ulterior supuse unei analize aprofundate. Acum se formulează ipotezele fundamentale asupra deficitului, investigaţia urmărind ulterior confirmarea sau infirmarea acestor ipoteze.

Programul examenului psihologic cuprinde un ansamblu de probe psihologice, teste psihometrice, teste de inteligenţă, tehnici proective, prezentate într-o succesiune logică. În mod obişnuit acest program se construieşte în raport cu principiul de la uşor la greu, de la simplu la complex, ceea ce facilitează adaptarea treptată a subiectului la situaţia de examen.

Construirea programului de examinare psihologică se face diferenţiat, de la subiect la subiect, în raport cu caracterul general sau special al informaţiei expectate.

Situaţia în care se află subiectul în laboratorul de psihologie clinică poate fi definită ca o "*situaţie de examen*". Ea presupune existenţa unui dialog de tip particular între examinator şi examinat, implicând un raport de subordonare, generând deseori contradicţii. Persoana respectivă se află în situaţia de a fi examinată, evaluată, clasificată, definită prin nivelul eficienţei sale şi, ca atare, dependentă de cel care o examinează. A fi în



Scanned with OKEN Scanner

situația de examen ca examinat reprezintă pentru majoritatea subiecților un moment de amplificare a tensiunii afective care determină o suprasolicitare a controlului emoțional, iar faptul că rezultatele acestui examen ar putea influența în mod pozitiv sau negativ soarta vieții lui, înseamnă un puternic factor de stres.

Confruntat cu probele psihologice, subiectul își poate descoperi deficite necunoscute, sau convingerea că eficiența sa intelectuală este satisfăcătoare, alteori poate manifesta atitudini de apărare, comportamente negativiste, pasivitate. La unii subiecți se evidențiază puerilismul, indiferența, mutismul, negativismul activ sau pasiv, sugestibilitatea anormală, trăsături comportamentale care pot să scape observației curente și să nu fie relevate într-o simplă convorbire.

Aspectele situației de examen îi impun psihologului clinician stăpânirea unei tehnici de examinare prin care să reunească și să mențină sub controlul său totalitatea variabilelor independente ce s-ar manifesta în desfășurarea investigației. Rezultă deci că subiectul nu este evaluat prin teste, ci prin combinația "*psiholog - baterie de teste*". Spre exemplu, testele de eficiență intelectuală, abordate dintr-o perspectivă nu numai cantitativă ci și calitativă, oferă informații asupra comportării subiectului față de problema pusă, asupra modalităților de adaptare la situația implicată. Valoarea răspunsului, a formei acestuia cât și a conținutului, "*rapiditatea operatorie*", capacitatea de concentrare a atenției, spontaneitatea demersului operator, posibilitățile de efort continuu, răbdarea, tenacitatea, perseverența sau ezitarea subiectului sunt, de asemenea, relevante constituind indici prețioși ai dimensiunilor intelectuale și afective ale personalității.

Având în vedere cele de mai sus, vom face referiri asupra unui lot de 200 persoane supuse examenului psihologic în cadrul unor expertize medico-legale. Lotul este alcătuit din persoane adulte peste 16 ani. Persoanele respective au fost examinate în cursul anului 1995, în Laboratorul de psihologie din cadrul Spitalului clinic de neurologie și psihiatrie din Oradea, pe mai mulți parametri, cum sunt: nivelul de dezvoltare intelectuală, capacitatea funcțiilor intelectuale, stările cognitive deficitare, tendințele psihopatologice etc. Datele sunt prezentate în tabele anexă din care prezentăm pe cele considerate mai relevante.

În funcție de nivelul intelectual situația se prezintă astfel:

| Nivel intelectual | Nr.cazuri | % |
|---|---|---|
| Imbecilitate (QI între 25-50 | 5 | 2,5 |
| Debilitate mintală (QI între 51-70) | 36 | 18,0 |
| Intelect liminal (QI între 71-80) | 52 | 26,0 |



Scanned with OKEN Scanner

| | | |
|---|---|---|
| Intelect inferior (QI între 81-90) | 71 | 35,5 |
| Intelect mediu, slab (QI între 91-100) | 28 | 14,0 |
| Intelect mediu şi peste (QI peste 100) | 8 | 4,0 |

În ce priveşte fapta comisă, care a necesitat expertiza medico-legală, repartiția este următoarea (frecvențele cele mai mari):

| Fapta | Nivelul intelectual | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total 200 | 25-50 5 | 51-70 36 | 71-80 52 | 81-90 71 | 90-100 28 | 101... 8 |
| Furt | 110 | 5 | 31 | 34 | 28 | 11 | 1 |
| Omor | 18 | - | - | 3 | 12 | 3 | - |
| Tâlhărie | 8 | - | 4 | 4 | - | - | - |
| Agresiune | 9 | - | - | 4 | 4 | 1 | - |
| Viol | 10 | - | - | 3 | 3 | 3 | 1 |
| Conducere auto fără permis | 6 | - | - | - | 5 | - | 1 |
| Înşălătorie | 4 | - | - | - | - | 2 | 2 |

Se constată astfel că un număr însemnat din cazuri 93, reprezentînd 46,5% din persoanele expertizate prezintă anumite grade de oligofrenie (imbecilitate, debilitate mintală, intelect liminal).

Se cunoaşte faptul că nedezvoltarea personalității apare în toate cazurile de oligofrenie, în care lipsa dezvoltării normale a diferitelor procese psihice duce la o personalitate de un nivel inferior. Lipsa de modulare a comportamentului în raport de consecințele sociale, incapacitatea de previziune sunt trăsături care explică în parte inadaptarea acestor personalități imature. Pe de altă parte trebuie avut în vedere sugestibilitatea crescută şi posibilitățile inductive, din partea altor persoane, asupra lor.

Din totalul subiecților examinați, al căror coeficient intelectual depăşeşte cifra 81, un număr de 41 (21,5%) au prezentat trăsături ale personalității dizarmonice sau psihopatice, prin trăsături esențiale care realizează inadaptarea în mediul social, iar la un număr de 32 de subiecți (16,0%) s-au evidențiat tendințe psihopatologice de intensitate psihotică. Astfel, informațiile psihologice privind trăsăturile de personalitate contribuie la îmbogățirea informării comisiei de expertiză cu privire la mecanismele de producere a comportamentului dezadaptiv al subiectului, contribuind totodată la definirea formei clinice în funcție de trăsăturile dominante cu caracter psihopatologic în ansamblul personalității.

In cazul traumatismelor cranio-cerebrale, examinarea psihologică se impune cu necesitate, pentru evidențierea deficitului intelectual cât şi al tulburărilor psihice posttraumatice. Pe plan neuropsihologic, cazuistica oferită de traumatismele craniene îmbracă forme variate de tulburare psihică, de la cele cu aspect funcțional, nevrotic, până la deficitele



Scanned with OKEN Scanner

tardive şi grave de tip organic, constatate în sfera funcţiilor de cunoaştere. Astfel, la un număr de 5 subiecţi cu t.c.c. (unul prezentând şi crize epileptice), s-au evidenţiat anumite grade de deteriorare cognitivă, variind între 12 şi 21%. De menţionat că aceste persoane îşi justificau actul discomportamental prin consecinţele traumatismului cranian suferit în antecedente. La alte 3 cazuri ce au acuzat traumatisme craniene în antecedente, testarea funcţiilor de cunoaştere au evidenţiat o neconcordanţă între autoevaluarea lor şi randamentul real, respectiv o scădere uşoară, nesemnificativă a randamentului intelectual ce se datorează unor factori de ordin subiectiv, apăruţi în contextul modelului nevrotic de reactivitate psihopatologică.

La două cazuri după t.c.c., s-a constatat o dezvoltare psihopatologică a personalităţii, apariţia tulburărilor din seria caracterială şi comportamentală aflându-se pe primul plan.

- La un număr de 8 subiecţi cu alcoolism cronic s-a evidenţiat, de asemenea, un nivel de deteriorare cognitivă, între 12-17%, deteriorare ce era acompaniată şi de o denivelare a personalităţii sub raport caracterial şi comportamental.

În final prin redactarea protocolului de examen psihologic se obţine un "*portret psihologic*" al persoanei examinate, portret în care se fac precizări asupra nivelului intelectual, asupra capacităţilor şi deficienţelor funcţiilor cognitive - comparate cu media grupului de referinţă, asupra trăsăturilor de bază ale personalităţii cât şi asupra existenţei sau nonexistenţei tendinţelor patologice.

Repartiţia subiecţilor după nivelul intelectual şi vârstă

| Nivel intelectual | Total | Grupe de vârste | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 16-20 | 21-25 | 26-30 | 31-35 | 36-40 | 41- |
| Imbecilitate (QI 25-50) | 5 | 3 | 1 | - | - | - | 1 |
| Debilitate mintală (QI 51-70) | 36 | 21 | 8 | 4 | - | - | 3 |
| Intelect liminal (QI 71-80) | 52 | 31 | 7 | 4 | 1 | 6 | 3 |
| Intelect inferior (QI 81-90) | 71 | 19 | 18 | 7 | 6 | 9 | 12 |
| Intelect mediu, slab (QI 91-100) | 28 | 8 | 5 | 4 | 3 | 1 | 7 |
| Intelect mediu şi sup. (QI>101 ) | 8 | | 1 | 2 | - | 4 | 1 |
| Total | 200 | 82 | 40 | 21 | 10 | 20 | 27 |

| Nivel intelectual | Motivul examinării | Total | Grupe de vârstă | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 16-20 | 21-25 | 26-30 | 31-35 | 36-40 | 41- |
| Imbecili | Furt | 5 | 3 | 1 | - | - | - | 1 |
| Debili mintali | Furt | 31 | 20 | 6 | 4 | - | - | 1 |
| | Prostituţie | 1 | 1 | - | - | - | - | - |
| | Ultragii | 1 | - | 1 | - | - | - | - |
| | Dezertare | 1 | - | 1 | - | - | - | - |
| | Precizare dg. | 2 | - | - | - | - | - | 2 |
| Intelect liminal | Furt | 35 | 25 | 3 | 2 | - | 3 | 1 |
| | Omor | 3 | - | 1 | - | - | 2 | - |



Scanned with OKEN Scanner

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tâlhărie | 4 | 4 | - | - | - | - | - |
| | Agresiune | 4 | 2 | - | 1 | - | - | 1 |
| | Viol şi tent.viol | 3 | - | 1 | 1 | 1 | - | - |
| | Piromanie | 1 | - | 1 | - | - | - | - |
| | Distrugere bunuri | 1 | - | 1 | - | - | - | - |
| | Trecere frontieră | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| | Trafic de influenţă | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| Intelect inferior | Furt | 28 | 15 | 5 | 4 | 1 | 1 | 2 |
| | Omor | 12 | - | 3 | - | 2 | 3 | 4 |
| | Tentativă de omor | 1 | 1 | - | - | - | - | - |
| | Viol | 3 | - | 1 | 2 | - | - | - |
| | Pruncucidere | 1 | - | - | 1 | - | - | - |
| | Agresiune | 4 | 1 | 2 | - | 1 | - | - |
| | Perversiuni sexuale | 1 | - | 1 | - | - | - | - |
| | Exhibiţionism | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| | Tâlhărie | 4 | 1 | 2 | - | 1 | - | - |
| | Ultragii | 4 | - | 1 | - | 1 | - | 2 |
| | Distrugre bunuri | 2 | - | 1 | - | - | - | 1 |
| | Cond.auto fără permis | 5 | 1 | 2 | - | - | 1 | 1 |
| | Trecere frontieră | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| | Declaraţie falsă | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| | Călătorie fără bilet | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| | Aprecierea discernământului | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| | Stare post T.C.C. | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| Intelect mediu, slab | Furt | 11 | 6 | 3 | 1 | - | - | 1 |
| | Omor | 3 | - | 1 | - | 1 | 1 | - |
| | Tentativă omor | 3 | - | - | 1 | - | - | 2 |
| | Viol | 3 | - | 1 | 1 | - | - | 1 |
| | Agresiune | 1 | 1 | - | - | - | - | - |
| | Ultragii | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| | Înşelăciune | 2 | - | - | 1 | - | - | 1 |
| | Divorţ | 1 | - | - | - | 1 | - | - |
| | Perversiuni sexuale | 1 | - | - | - | 1 | - | - |
| | Privare libertate | 1 | 1 | - | - | - | - | - |
| | Precizare dg. | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| Intelect mediu şi peste | Înşelăciune şi uz de fals | 2 | - | - | - | - | 2 | - |
| | Viol | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| | Luare mită | 1 | - | - | 1 | - | - | - |
| | Cond.auto fără permis | 1 | - | - | 1 | - | - | - |
| | Furt | 1 | - | 1 | - | - | - | - |
| | Tulb.liniştei publice | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| | Precizare dg. | 1 | - | - | - | - | - | 1 |

Scanned with OKEN Scanner

# ASPECTE METODOLOGICE ALE EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE

Şef de lucrări Dr. D.PRELIPCEANU
Clinica de Psihiatrie Bucureşti

Modalitatea de realizare în practică a scopului psihiatriei judiciare este expertiza medico-legală psihiatrică. Aceasta se structurează după trei tipuri de criterii orientative metodologice (*Dragomirescu*, 1980), criterii care circumscriu modul de apreciere a discernământului:

- *criterii antropologice* (care urmăresc descoperirea condiţiilor biologice şi psihopatologice în care s-a desfăşurat actul antisocial prin utilizarea metodei anamnestice, clinice, paraclinice, psihologice);
- *criterii criminologice* (care evidenţiază eventualul proces cauzal al actului antisocial pe baza relaţiei autor-instrument-victimă şi locul infracţiunii);
- *criterii sociologice* (studiază influenţa condiţiilor sociale negative în declanşarea actului antisocial şi apreciază posibilităţile de reinserţie socio-familială a infractorului).

Toate aceste trei categorii de criterii trebuie să poată fi coroborate în decursul desfăşurării expertizei în vederea susţinerii şi obiectivării determinismului (cauzalităţii) actului antisocial prin anumite condiţii bio-psiho-patologice şi sociale, determinism care constituie problema fundamentală a expertizei şi ne ajută la evaluarea discernământului.

La *Conferinţa de Psihiatrie şi Medicină Legală* care s-a desfăşurat la Predeal în luna octombrie 1987, *Predescu şi col.*, arată că expertiza medico-legală psihiatrică nu se rezumă la un diagnostic, fie el complex, care să caracterizeze static un fenomen psihopatologic cu consecinţe medico-legale. În sfera practic infinită a comportamentelor deviante, expertul este chemat să găsească argumente ştiinţifice de natură medicală menite să ofere justiţiei o interpretare dinamică a unui proces complex factual-cauzal, să stabilească legătura reală care există între cauză şi efect, prin metode de reconstituire a cauzei, pornind de la analiza minuţioasă a efectului. Necesitatea imperioasă de transpunere a determinismului fenomenelor bio-psihologice şi medicale pe plan socio-juridic îi conferă - psihiatriei judiciare un statut filozofic epistemic mult mai pregnant decât altor specialităţi biologice în general şi medicale în special.

În continuare autorii arată că "*în criteriologia medico-legală, pentru realizarea rolului de mediator metodologic specific se recomandă, ca fiind indispensabile, noţiuni sau concepte universal-valabile şi totodată de semnificaţie recunoscută ca valoare epistemologică pentru principalele instituţii judiciare şi în primul rând pentru responsabilitate.*



Scanned with OKEN Scanner

*Noțiunile amintite, capacitatea psihică şi discernământul - făcând parte din această categorie - nu pot fi înlăturate, ci dimpotrivă, trebuie mai bine precizate, diversificate şi mai ales corect interpretate".*

În majoritatea cazurilor aprecierea discernământului, criteriul medical al responsabilității, constituie principalul obiectiv al expertizei, acesta constituind noțiunea centrală de care depind celelelte aprecieri ale experților ce constituie răspunsuri științific argumentatae la întrebările (obiectivele) formulate de solicitantul expertizei. În general, **obiectivele expertizei medico-legale psihiatrice** sunt următoarele:

- stabilirea existenței la infractor a unei eventuale afecțiuni psihice, dacă aceasta exită, stabilirea eventualei relații cauzale a acesteia cu fapta;
- stabilirea discernământului făptuitorului în raport cu fapta;
- precizarea, în baza documentației existente în dosarul penal şi a examinării directe, a existenței eventualilor factori favorizanți pentru trecerea la act (ingestia de alcool înainte de comiterea faptei, acțiunea în cadrul grupului deviant, factori bio-constituționali obiectivabili anamnestic, clinic sau paraclinic, aspecte victimologice etc.);
- indicarea măsurilor medicale de siguranță adecvate.

Aprecierea discernământului este condiționată de caracterul de organizare motivată al faptei, de structura şi gradul de dezvoltare al personalității, precum şi de structura conştiinței în momentul comiterii faptei. Fiecare dintre aceste trei categorii de fenomene se reflectă în celelalte şi se condiționează reciproc şi toate constituie un sistem de circumscriere a ceea ce este particular fiecărui caz în parte. **Elementele constitutive ale actului infracțional** (conținut, mobil, mod de realizare, comportament înainte şi după faptă, circumstanțele în care s-a produs fapta etc.), **structura şi nivelul personalității** (matură, dizarmonică, nedezvoltată, deteriorată, demențială, psihotică, nevrotică) şi **al conştiinței**, **boala psihică subiacentă** şi **momentul ei evolutiv** se structurează pe parcursul desfăşurării expertizei în ceea ce am putea numi un "*diagnostic psihiatrico-juridic*", operațional în condițiile specifice obiectivelor expertizei respective. Acest "*diagnostic*" reprezintă de fapt raportul dintre diagnosticul nosologic multiaxial al stării din momentul comiterii faptei şi al celei prezente (din momentul expertizării), nuanțate în celelalte date referitoare la circumstanțele predispozante, favorizante sau declanşante, care pot fi de natură biologică, psihologică sau socială şi care sunt limitate în timp, dar pot avea o importanță considerabilă în determinarea actului. Obiectivate pe baza criteriilor amintite (bio-psihologice sau antropologice, criminologice şi sociologice) prin metode diverse, de la cea clinică la cea criminalistică, aceste date conferă o



Scanned with OKEN Scanner

semnificație mult mai bogată concluziilor expertizei decât un diagnostic psihiatric sec enunțat şi pot constitui argument pentru aprecierea individualizată a discernământului şi deci a responsabilității. Expertiza furnizează instanței - prin aprecierea discernământului ca nivel de conştiință - doar elementul medical necesar aprecierii responsabilității, noțiune extrem de complexă, care comportă şi elemente filozofice, psihologice, juridice, sociologice. Responsabilitatea penală este condiționată de păstrarea discernământului în momentul comiterii faptei. Acesta la rândul său este condiționat de caracterul inteligibil al faptei şi de nivelul conştiinței subiectului, conştiință care, la rândul ei, depinde de particularitățile personalității care îi stau la bază. Nu există însă o relație de proporționalitate directă între inteligibilitatea faptei şi discernământ, stări pasionale inteligibile putând duce la diminuarea discernământului (ca de exemplu omorul din gelozie).

Fapta unui bolnav psihotic este ininteligibilă, dar numai acest caracter al faptei şi diagnosticul entității psihiatrice nu vor fi suficiente, după cum am arătat, pentru stabilirea discernământului. Pe de altă parte, aşa cum arată *Predescu şi col.* (1975), traducerea simplificată a personalității prin categoria de discernământ (păstrat, scăzut, mult scăzut, abolit) este "*formală, arbitrară, insuficientă, şi nici nu corespunde realității*". Ca şi conştiința, discernământul se poate situa pe o scală cu un număr infinit de trepte, cuprinse între cele două extreme, abolirea şi integritatea. Dincolo de obligația, nu totdeauna uşoară, impusă psihiatrului aflat în ipostaza de expert, de a opta tranşant între normal şi patologic atunci când integritatea discernământului, dificultatea stabilirii acestuia rămâne o problemă permanentă. Nu se pot stabili reguli şi corespondențe standardizate între diagnosticul nosologic, chiar multiaxial şi gradul afectării discernământului.

**Măsurile medicale de siguranță**

Odată cu formularea concluziilor în legătură cu discernământul, expertiza specifică şi măsurile de siguranță cu caracter medical care se vor aplica expertizatului, în situația în care acesta - datorită bolii - nu poate executa pedeapsa, nefiind responsabil din punct de vedere juridic, dar trebuie tratat în condiții de supraveghere pentru a-i vindeca sau ameliora starea psihică şi a preîntâmpina eventualele recidive cu caracter curativ, dublat însă de condițiile speciale de supraveghere în care tratamentul antisocial deja manifestat la cel în cauză. Măsurile medicale de siguranță (art.113 şi art.114 C.P., în cazul adultului, art.105 C.P. în cazul minorului) reprezintă măsuri pe care legiuitorul le stabileşte în concordanță cu principiul exonerării de pedeapsă penală (coercitivă, punitivă) a individului a cărui faptă este neimputabilă (principiu stipulat de



Scanned with OKEN Scanner

art.48 C.P.), dar şi cu principiile medicale adecvate (de tratare a adultului, de tratare, educare şi instruire profesională în cazul minorului).

Art.113 C.P. menţionează că "*făptuitorul... poate fi obligat să se prezinte în mod regulat la tratament medical până la însănătoşire. Când persoana faţă de care s-a luat această măsură nu se prezintă regulat la tratament medical se poate dispune internarea medicală. Dacă persoana obligată la tratament este condamnată la pedeapsa cu închisoare, tratamentul se efectuează în timpul executării pedepsei. Măsura obligării la tratament medical poat fi luată în mod provizoriu şi în cazul urmăririi penale sau al judecăţii*". Art.114 C.P.:"*când făptuitorul este bolnav mintal sau toxicoman şi se află într-o stare care prezintă pericol pentru societate, se poate lua măsura internării într-un institut medical de specialitate până la însănătoşire. Această măsură poate fi luată în mod provizoriu în cursul urmăririi penale sau al judecăţii*". Când boala apare după săvârşirea infracţiunii, urmărirea penală şi judecarea cauzei se suspendă până la eventuala însănătoşire a infractorului (art.239 C.P.P.). O măsură de prevenire şi siguarnţă care vizează bolnavii care nu au comis acte antisociale, dar au potenţial auto sau hetero-agresiv este Decretul nr.313/1980 al Consiliului de Stat.

În 1991-1992 am coordonat un grup de lucru interdisciplinar care a elaborat un nou proiect de lege referitoare la internarea obligatorie. Proiectul a urmărit armonizarea cu legislaţiile echivalente din ţările U.E. şi am fost consiliaţi în acest sens de *Dr. Cl. Louzoun*, expert al C.E., agreat de Biroul Regional pentru Europa al O.M.S. Acel proiect, nici până astăzi trecut prin Parlament, punea accentul şi pe aspectele de garanţie şi protecţie a drepturilor pacientului (căi de atac, condiţii cât mai normale de spitalizare, posibilităţi uşoare de comunicare cu familia, acces nemijlocit la informaţie, presă, poştă etc.), aşa cum sunt ele stipulate în recomandările şi documentele europene actuale.

**Aspecte procedurale ale expertizei medico-legale psihiatrice**

Situaţiile când expertiza este necesară sunt precizate de art.117 C.P.P.: omorul deosebit de grav şi ori de câte ori organul de anchetă, de urmărire penală sau instanţa de judecată are îndoieli asupra stării psihice a învinuitului. În afară de aceste situaţii obligatorii expertiza stabileşte necesitatea restrângerii sau suspendării exercitării unor drepturi civile: interdicţia, capacitatea testimonială privind bunurile transmisibile, capacitatea de gestiune a avutului public, capacitatea de a îngriji minori, conduce auto, permisul de port-armă etc. Un bolnav psihic care a comis un act antisocial poate fi expertizat succesiv la nivelul de trei eşaloane, atunci când, dintr-un motiv sau altul, una din părţile angajate în proces nu este satisfăcută de condiţiile în care a fost



Scanned with OKEN Scanner

efectuată expertiza (nerespectarea condițiilor prevăzute de lege privind internarea expertizatului, sau neobiectivarea paraclinică a diagnosticului, lipsa concordanței între diagnostic şi concluzii etc.).

Uneori beneficiarul expertizei poate reveni la aceeaşi comisie cu solicitarea unui supliment de expertiză, când concluziile nu-i sunt clare sau obiectivele nu au fost complete. Partea care solicită expertiza este obligată conform art.121 C.P.P. să pună la dispoziția expertului materialul dosarului de urmărire penală: "*în cursul urmăririi penale sau instanței de judecată cu privire la anumite fapte ori împrejurări ale cauzei*". Raportul de expertiză cuprinde trei părți: prima parte cuprinde un preambul în care se arată cine cere expertiza, care este compoziția comisiei şi ce obiective urmăreşte solicitantul. În general, după cum am arătat, obiectivele se ordonează după următoarea schemă: dacă învinuitul suferă de vreo boală psihică, dacă aceasta există, care este ea şi dacă este de natură să afecteze discernământul; dacă între faptă, aşa cum reiese din dosarul penal, şi starea individului în momentul comiterii faptei există vreo legătură de cauzalitate. Apoi se expune rezumativ fapta şi comportamentul individului în timpul comiterii acesteia, cât şi după aceea, aşa cum reiese din actele dosarului. Partea a doua cuprinde examenul psihic, psihologic, ancheta socială şi examenele paraclinice efectuate de comisie cu ocazia repetatelor examinări pe care le-a făcut, expertizatul fiind pe toată această perioadă internat într-o secție de psihiatrie sau în secția de psihiatrie a spitalului penitenciar, precum şi un rezumat al foii de observație din cursul internării respective. Ultima parte a raportului de expertiză cuprinde diagnosticul complet al comisiei şi opiniile acesteia, exprimate cât mai clar şi concis, formulate ca răspunsuri la chestiunile cerute de solicitantul expertizei şi apoi propunerile măsurilor medicale de siguranță, atunci când ele sunt necesare; aceste propuneri vor fi o consecință logică a modului în care experții apreciază capacitatea de discernământ din momentul comiterii faptei, ca şi starea clinică prezentă a expertizantului.

Cu cât discuția cazului şi concluziile sunt mai documentate şi nuanțate, cu atât raportul de expertiză este mai valoros pentru judecător sau anchetator, pe care îl poate ajuta să circumstanțieze pedeapsa chiar dacă expertiza nu face referire la resonsabilitate.

În încheiere amintim că expertiza trebuie să se desfăşoare întotdeauna într-o ambianță neutră (în afara locului de detenție) pentru asigurarea unei ambianțe înconjurătoare, pentru a facilita cooperarea şi atitudinea de sinceritate din partea persoanei expertizate.

**Bibliografie**: la autor



Scanned with OKEN Scanner

# CORELAȚIA DINTRE EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ ŞI EXPERTIZA MEDICO-MILITARĂ

Dr. A. TIUGAN(1), Dr. EMILIA VINTE(2)
(1) - Spitalul Militar Craiova
(2) - Clinica de Psihiatrie Craiova

Aflându-se pe teritoriul antropopsihiatriei militare cu justificarea autoritară instituționalizată a armatei, vom delimita net, ținând cont de contextul psihosociogen, actele dezadaptive din condițiile de pace ale desadaptaților de a celor din război. Dacă în timp de pace tinerii sunt tensionați de incertitudini, psihodrame, impasuri afective amplificate subiectiv, în timp de război conştiința pericolului comun îl face pe "*soldat*" să-şi păstreze sentimentul de "*imortalitate*", el aflându-se în luptă pentru a câştiga, pentru a fi învingător, moartea fiind atunci, pentru el, o trecere în "*nemurire*" prin titlul de "*erou*".

În secolul în care psihologii nu au reuşit "*un consens*" în definirea sufletului, iar sociologii încearcă să-l descopere în întunericul singurătății lui, psihiatrul este cel care îl ocroteşte şi-l înalță la valorile lui axiologice.

Situațiile defavorizante individului, adolescent în permanentă căutare de înțelegere şi rezolvare a problemelor personale, induc conduite aberante în cadrul larg al "*normalității*" psihice. Când apare boala, apare şi starea de devianță care produce dezechilibrul microcolectivității şi chiar al sistemului.

Va reuşi armata să-l echilibreze, sau îl va face mai dezechilibrat, şi-l va prăbuşi în prăpastia infracțiunii sau mai grav, în suicid.

În cadrul tuturor doctrinelor militare se pune accent pe importanța pregătirii psihologice, pe capacitatea de rezistență psiho-morală a populației la acțiunea mijloacelor de dezinformare şi destabilizare utilizate de agresor pentru slăbirea moralului, a coeziunii potențialului combativ al forțelor sistemului de apărare al țării.

Studii relativ recente efectuate asupra violenței în S.U.A. arată că în ultimul deceniu aceasta a atins proporții epidemiologice, omuciderea fiind a II- a cauză de deces printre bărbații între 15-24 ani.

Între anii 1980-1990 au fost 21000 omucideri -10,7 la 100.000 locuitori dintre care 2/3 prin arme de foc.

Tinerii între 15-20 ani deşi reprezintă 8,5 din populație, S.U.A. reprezintă 35% dintre cei arestați pentru crime.

Printre factorii de risc se numără: familii dezorganizate, acte de violență în familie, maltratări ale copiilor, traumatisme cranio-cerebrale cu stare de comă în antecedente (stări psiho-patoide).

Un rol deosebit îl are mass-media, focalizată pe violență, ceea ce, conform unor studii psihologice duce la o "*agresivizare*" a



Scanned with OKEN Scanner

comportamentului copiilor. Foarte rar se arată şi tabloul durerii pricinuite de violenţă, al suferinţei şi al actelor medicale ce urmează unor acte agresive.

Modul unilateral de prezentare a violenţei de către mass-media, duce la o extindere a comportamentului violent la tineri.

Am considerat necesară relatarea acestor date deoarece şi în ţara noastră, incidenţa actelor de violenţă a crescut foarte mult în ultimii ani, în toate mediile sociale.

Nici una nu a fost ocolită de flagelul violenţei la tineri proveniţi din diverse medii cu diverse mentalităţi, cu răspunsuri diferite la frustrări.

Mediul militar, frustrant prin rigorile impuse tinerilor, este cadrul de developare al trăsăturilor caracteriale.

Reacţiile "*de surescircuitare*" cu îngustarea câmpului conştienţei, la cei cu rezistenţă scăzută la frustrări, apar frecvent în prima lună de la încorporare, în diverse forme clinice de prezentare.

Militarul, perturbator al armoniei grupului din care face parte, poate întoarce chiar asupra lui însuşi rezultatul eliberării agresivităţii lui, dar întotdeauna repercursiunile sunt asupra celorlalţi, a vieţii şi bunurilor lor, a organizării sociale. Majoritatea stărilor de auto şi heteroagresivitate au ca etiologie o afecţiune psihică preexistentă actului infracţional.

Grupul militar perturbat nu poate avea decât două posibilităţi: toleranţă şi protecţie sau dimpotrivă, intoleranţă şi rejectare absolută a bolnavului mintal perturbant al ordinii militare. Acest radicalism în înţelegerea manifestărilor omeneşti a păcătuit întotdeauna prin iraţionalizare mai ales când este vorba de un bolnav mintal, şi cu atât mai mult când bolnavul mintal este şi infractor.

În legislaţia mondială se pune un deosebit accent pe diferenţierea infracţiunii psihiatrice în funcţie de etiologia, gravitatea şi evoluţia afecţiunii precum şi pe gravitatea şi consecinţele actului delincvenţei, pe riscul rămânerii unei agresivităţi permanente şi repetitive, a posibilităţilor medicale de cercetare şi anulare a unui comportament deviant cu risc manifest sau potenţial.

Bolnavul psihic, lipsit de libertatea sa, adică de comportamente raţionale şi conştiente, trebuie apărat împotriva pricărui abuz legislativ, protejat el şi drepturile lui civile, prin instituirea unei tutele (persoane fizice sau instituţii sociale) prin reprezentanţi cu înalte reputaţii etice.

Încă din cele mai vechi timpuri aveau loc "*expertize*" şi măsuri luate de un microgrup pentru izolarea şi tratarea unui bolnav psihic. La început, bolnavul era legat cu lanţuri şi cu frânghii deoarece toată lumea considera că "*aşa trebuie*" şi ca atare nu existau persoane care să condamne obştea.



Scanned with OKEN Scanner

Biserica îndemna bolnavul mintal spre "*fetişuri*" religioase, considerând boala mintală o urmare a intervenției unei forțe malefice ("*a intrat dracul în el, şi trebuie scos*") sau îl izolau în bolnițele de "*smintiți de minte*" ale unor mănăstiri.

În "*Pravila*" *lui Matei Basarab* şi "*Indireptarea Laegei*" 1652 se vorbeşte de discernământul şi responsabilitatea nebunului ca şi în *Pravila lui Vasile Lupu* "*Carte românească de învățătură*" 1646, Aici se arată că pentru faptele sale bolnavii mintali nu trebuie pedepsiți "*că-i ajunge pedeapsa de a fi bolnav*". Se cere de asemenea ca la întocmirea actelor trebuie ca persoana "*să aibă mintea întreagă*".

Izolarea la mănăstiri se făcea la cererea familiei, dispoziția divanului şi a "*departamentului trebilor dinlăuntru sau a domnitorului*".

De la *Regulamentul din 1864*, *Legea asupra alienaților 1894* şi până la *Codul Penal* şi acela de *Procedură Penală* s-au prevăzut instrucțiuni de efectuare a expertizei medico-legale psihiatrice acolo unde este cazul.

În etapa actuală nu poate fi subestimată preocuparea pentru prevenirea şi combaterea unor forme particulare ca intensitate, rezonanță morbidă, contagiozitate şi exprimare social-negativă.

Pornind de la analiza motivației, de la efectele specifice şi nespecifice pe plan individual şi social asupra personalității, suntem obligați a face legătura între posibilitățile şi condițiile de adaptare la mediu militar pe de o parte, şi criteriile care definesc normalitatea, pe de altă parte.

Cercetarea cauzelor şi condițiilor de apariție a formelor de inadaptare, traduse prin tulburări de comportament sau chiar prin acte infracționale, constituie o preocupare justificată de importanța acestor fenomene şi de cronicizarea la adult sub forma personalității dizarmonice, vulnerabile sau dezechilibrate, nematurate afectiv sau volitiv. Aceste personalități constituie sursa care generează cele mai frecvente acte antisociale prin insuficiența sentimentelor moral-sociale.

Diversele forme de comportament deviant, aberant sau antisocial exprimă trăsături caracteristice ale acestor personalități situate la granița între normal şi patologic. Una din caracteristicile lor este agresivitatea. Acest fapt determină atât cercetarea cauzelor bio-psiho-sociale cât şi a condițiilor particulare din cadrul microgrupului militar în care apar, se dezvoltă şi se manifestă tulburările de comportament.

Prin studierea unui lot de tineri internați în Spitalul Militar Craiova, secția neuropsihiatrie în perioada 1980-1995 ne-am propus prezentarea şi discutarea unor aspecte mai puțin cunoscute ale comportamentului deviant, legate de o patologie particulară cu forme de exprimare



Scanned with OKEN Scanner

specifice mediului militar, mediu în care tânărul îşi developează diverse trăsături caracteristice.

Deviaţia comportamentală cuprinde o motivaţie şi o fenomenologie poliformă exprimând diverse forme de perturbări ce instituie disociabilitatea şi dezvoltă atitudini de opoziţie, psihosindroame reactive de diverse intensităţi.

Înţelegând personalitatea ca având determinism complex bio-psiho-social şi cultural, trebuie luaţi în consideraţie atât factorii biogeni de determinare a comportamentului deviant cât şi factorii eredo-biologici constituţionali, psihologici şi psihiatrici care contribuie la formarea, dezvoltarea şi degradarea personalităţii.

Din analiza diverselor abateri de la normal la subiecţii internaţi în secţie, acestea au fost interpretate diferenţiat considerându-se: *comportament deviant* (când se referă la abateri de la normele sociale); *comportament aberant* (când se referă la acte medico-legale) şi *comportament antisocial* sau *infracţional* (când se referă la aspecte judiciare).

Majoritatea militarilor din lotul studiat au avut o structură dizarmonică. În aprofundarea cunoaşterii am folosit teste psihologice de personalitate care au avut o valoare orientativă, relevând o anumită caracterială.

Pe lângă examenul psihic şi examenul clinic nu rareori am apelat la explorări paraclinice (EEG, PEG, LCR, CT) pentru decelarea unei afecţiuni organice sau a unei "*insulte*" cerebrale în antecedente ce ar fi constituit etiologia actualei afecţiuni psihice.

Pe lângă toate aceste examene ce ar duce la stabilirea unui diagnostic, în efectuarea unei corecte expertize medico-legale psihiatrice şi ale unei expertize medico-militare ar fi fost necesare anchete sociale efectuate în microgrupurile de unde militarii proveneau, precum şi dosarul cauzei din care să rezulte motivul şi împrejurările în care s-au comis fapte.

La efectuarea expertizelor la subiecţii luaţi în discuţie nu am avut acces la dosarele Parchetului Militar şi nici la anchete sociale făcute în colectivitatea în care a avut loc fapta.

Multe din cazurile internate nu aveau o fundamentare solidă în cercetarea de expertiză, iar a face un prognostic adaptativ just asupra tânărului militar trebuie în primul rând a decela cât mai exact starea de normalitate, lucru dificil din cauză că frontiera dintre normal şi patologic a fost, este şi va rămâne mereu incertă.

Ceea ce în patologia mentală s-a numit "*relativism cultural*" este de natură să mărească mai mult prudenţa specialiştilor în a eticheta patologic anumite conduite ce ies din "*tiparul*" normalităţii, cu atât mai



Scanned with OKEN Scanner

mult în colectivități militare, unde "*normalitatea*" este în permanent "*conflict*" cu norme rigide de conduită.

Factorii ce au favorizat apariția fenomenelor dezadaptive, decelați la cei intervievați au fost în primul rând factorii favorizanți ai stress-ului psihic contemporan, adică lipsa de răspuns afectiv, de securitate pe termen lung şi se noutatea experienței trăite.

Suprasolicitarea proceselor psihice din sfera volițională, prelungirea voluntară a efortului adaptativ, inhibarea voluntară a componentei motorii de răspuns la stimuli psihici perturbatori, încordarea prelungită din timpul orelor de santinelă, decizii ce trebuie luate rapid şi cu discernământ (pază frontiere, pază obiective speciale, grup agresiv organizat, etc.), duc la estomparea emoțională, mai ales când toți aceşti factori enumerați contravin normelor sociale cu caracter restrictiv ("*deşi în plan general al colectivității individului i se oferă o protecție contra efectelor negative ale anarhiei şi izolării*", - după cum afirmă *Warnes* şi *Wittlower* citați de Ioan *Bradu Iamandescu*).

*Bonneton*, citat tot de acelaşi autor (*I.N.Iamandescu*) afirmă că "*procesele motivaționale suferă şi ele o motivație în direcția diminuării receptivității față de trebuințe, impulsuri, etc., legate de latura biologică a individului, în favoarea unor motive superioare ale conduitei: nevoia de prestigiu, stimă sau cea de securitate - după concluziile lui FREUD*" pentru satisfacerea unor sentimente, a unor probleme sexuale, adesea "*deghizate*".

În strategia de adaptare a individului, procesele afective joacă un rol important în evaluarea anticipativă a valorii de utilitate, fiind unul din cei mai fideli "*markeri*" ai apariției fenomenelor dezadaptive.

Inclinarea axului dispozițional spre hipertimie negativă este întâlnit cel mai frecvent. Rezonanța afectivă negativă față de eşecul adaptativ, rezultă din ineficiența proceselor cognitive şi volitionale suprasolicitate de mediul militar.

"*Cenzura*" permanentă ce trebuie să o aibă tânărul asupra afectelor de tipul mâniei, furiei, duc la frustrare, anxietate, depresie, în expresia comportamentală este variabilă între auto şi heteroagresivitate.

Alcoolismul şi mai puțin toxicomania ca şi satisfacerea inadecvată a unor "*trebuințe naturale*" (viață sexuală abuzivă sau insuficientă, comunicare socială redusă) alături de şomaj şi sărăcie sunt generatoare de stress psihic permanent, de comportament dezadaptiv în microcolectivitățile militare.

Am pus un accent deosebit pe anumiți factori perturbatori ai dezvoltării armonioase a individului pentru ca aceştia odată eradicați să putem încadra tânărul în procesul instructiv-educativ.



Scanned with OKEN Scanner

De asemenea putem face o expertiză medico-legală psihiatrică justă pentru a se lua măsuri legale de tratament obligatoriu conform art. 313 C.p.sau de internare în spitale penitenciar a bolnavilor psihici periculoşi conform art. 113 şi 114 C.P.

Expertul nu se substituie instanţei de judecată deoarece el nu soluţionează cauza, ci doar îşi va arăta punctul de vedere asupra discernământului individului în funcţie de boala psihică şi de fapta comisă.

Responsabilitatea pentru fapta comisă este apanajul justiţiei.

Credem că este necesară o pregătire interdisciplinară în domeniul expertizei medico-legale psihiatrice şi a expertizei medico-militare.

Realităţile şi doctrina noastră militară ne obligă să susţinem că toţi psihiatrii ţării trebuie să aibă o pregătire de psihiatrie militară, corespunzătoare situaţiei politico-istorice prin care trece ţara noastră în actuala etapă de dezvoltare şi deci apariţia unui manual de psihiatrie de campanie sau a unor capitole care să trateze aceste aspecte.

În legislaţia actuală nu se face o legătură între afecţiunile ce implică inaptitudinea pentru serviciul militar şi responsabilitatea juridică pentru infracţiunea comisă datorită afecţiunii psihice.

Dacă în cazul psihopaţiilor, individul este "*inapt pentru serviciul militar*", pentru fapta sa, el are discernământ păstrat. Deci expertiza medico-legală propune măsuri represive dar acestea nu pot fi aplicate deoarece expertiza medico-militară îl încadrează ca "*inapt pentru serviciul militar*" şi el este scos de sub urmărirea Parchetului Militar.

Deşi se face o corelaţie justă între discernământ şi "*inaptitudine*" în cazul afecţiunilor psihotice nu se pot lua măsuri de internare obligatorie a bolnavilor "*periculoşi*" deoarece odată cu "*inaptitudinea pentru serviciul militar*" tânărului bolnav i se dă drumul în colectivitate, fiind scos de sub urmărire penală, nefiind încadrat în art. 113 sau 114 C.P.

Baremul de expertiză medico-militară a tinerilor cu diverse afecţiuni au mari lacune, neavând multe afecţiuni psihice ce pot duce la acte infracţionale, prin gravitatea lor.

Propunem o revizuire atentă a acestuia conform DSM III R şi ICD 10, ţinându-se cont de gradul de periculozitate al tinerilor cu astfel de afecţiuni, şi încadrarea lor ca "*inapt pentru serviciul militar*".

Dorim o motivare solidă a tânărului pentru satisfacerea stagiului militar obligatoriu, acesta să nu mai fie o corvoadă, un loc unde ajungi numai cu "*arcanul*".

Comisiile medicale a Comandamentelor teritoriale considerăm că ar trebui constituite din medici militari specializaţi în diverse domenii medicale şi preşedintele să fie obligatoriu specialist în expertiză medicală cu cursuri obligatorii periodice postuniversitare de pregătire



Scanned with OKEN Scanner

medico-militară. Numai astfel poate fi la curent cu cerințele mondiale ale unei armate moderne, şi numai astfel trierea tinerilor pentru satisfacerea stagiului militar este corectă.

O corelație între Ministerul Sănătății, Ministerul Apărării Naționale şi Ministerul Justiției ar putea crea norme după care s-ar putea face o expertiză medico-legală şi expertiză medico-militară corecte, cu măsuri de inserție speciale, ale tânărului cu afecțiuni psihice, cu măsuri terapeutice speciale şi/sau măsuri coercitive acolo unde este cazul.

Propunem ca "*triajul*" tinerilor ce se prezintă pentru satisfacerea stagiului militar să fie strict. Nici un tânăr cu afecțiune psihică în antecedente, de intensitate psihotică sau psihopatică să nu poată avea acces în unități militare. S-ar putea crea, pentru tineri cu antecedente psihotice (cu remisiuni în momentul încorporării) unități speciale de muncă, fără responsabilități în apărarea țării.

De asemenea tineri care din motive religioase sau sociale nu vor să folosească armamentul sau muniția să li se ofere posibilitatea ca în locul satisfacerii stagiului militar să contribuie cu sume de bani egale cu valoarea prestațiilor unui tânăr ce-şi satisface stagiul militar în unități ale economiei naționale.

Se pune întrebarea: *Cine apără atunci țara?*
Răspunsul îl găsim la tinerii care din patriotism, din chemare pentru "*meseria armelor*" sau alte motive, pot deveni "*profesionalişti*", plătindu-li-se acest lucru. Deci am avea patru categorii de tineri:

1.- Cei ce-şi satisfac stagiul militar obligatoriu şi sunt perfect sănătoşi psihic;
2.- Cei cu antecedente psihiatrice ce pot fi încorporați în unități speciale ce deservesc economia națională;
3.- Cei care pot plăti suma egală cu munca prestată de cei din categoria a III - a;
4.- Cei ce îndeplinesc serviciul militar cu plată, perfect sănătoşi şi care vor deveni buni profesionişti militari.

În noul barem medical să fie inclusă o categorie de militari care în funcție de discernământul decelat de expertiza medico-legală psihiatrică să satisfacă sau nu serviciul militar.

Prin lege să se stipuleze măsuri clare de prevenție chiar dacă nu satisfac serviciul militar: internări în spitale psihiatrice, tratament ambulator supravegheat şi specializat sau măsuri juridice conform faptelor comise.

Poate aşa am înțelege responsabilitatea "*ca o totalitate a particularităților psihice ale individului, care-l fac capabil să înțeleagă libertatea şi necesitatea acțiunilor sale în unitate dialectică cu legile obiective ale dezvoltării societății şi să aprecieze consecințele faptelor*



Scanned with OKEN Scanner

*sale atunci când el acționează contrar acestei unități*" (*V. Predescu, E. Tomorug*).

## APRECIEREA DISCERNĂMÂNTULUI LA BOLNAVUL SCHIZOFREN AFLAT ÎN PERIOADA DE REMISIE

Dr. G. MIHALACHE(1), Dr. H. ARDELEAN(2)
(1) - Laboratorul de Medicnă Legală Oradea
(2) - Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea

Schizofrenia rămâne una dintre afecțiunile psihice invalidante, dar grație progreselor terapeutice în special, perioadele de remisiune sunt mai frecvente şi de lungă durată. Nici o remisiune nu este însă completă, de regulă persistând o parte a simptomatologiei caracteristice bolii rezultând tabloul clinic cunoscut ca remisiune cu defect de personalitate. Vindecarea în schizofrenie, adică remisiunea totală şi definitivă, este o raritate. Sunt posibile remisiuni complete clinic, care să permită o viață familială, profesională şi socială la nivelele premorbide pentru cel puțin 25% din cazuri.

În practica expertizei medico-legale psihiatrice am întâlnit câteva cazuri, adevărat mai rare, în care bolnavi suferind de schizofrenie, aflați în perioada de remisiune au efectuat fapte antisociale de obicei banale (furturi), pentru care li s-a întocmit dosar penal urmând să suporte rigorile legii. Cunoscându-se faptul că erau bolnavi psihici, s-a dispus efectuarea expertizei medico-legale psihiatrice. La astfel de cazuri, studiul dosarului, respectiv aflarea modalității de efectuare a faptelor imputate, l-am apreciat ca fiind la fel de important ca examenul psihic al subiectului expertizat. Am întâlnit bolnavi care aveau diagnosticul de schizofrenie stabilit în urmă cu ani şi de regulă acest diagnostic a fost reconfirmat cu prilejul unor internări repetate. La data efectuării expertizelor, bolnavii nu aveau simptomatologia specifică bolii de bază, şi am apreciat deci că se aflau în remisiune. Datele din dosar referitoare la modalitatea de acțiune demonstrau că subiecții au conceput planul acțiunii, şi au trecut la realizarea lui având o logică şi coerență normală a gândirii.

*Exemplu*: Bolnavul B.D. de 29 ani cu domiciliul în Oradea, în 3 nopți consecutive escaladează gardul unui depozit şi fură cele trei componente importante ale unui aparat de sudură. În zilele următoare, la domiciliul său unde avea un atelier mecanic, remontează aparatul şi îl foloseşte timp de săptămâni până când păgubaşul îşi recunoaşte obiectul furat. Hoțului (bolnavul schizofren) i se întocmeşte dosar penal.



Scanned with OKEN Scanner

Din anchetă am reținut că bolnavul avea un tratament cronic specific bolii de bază - schizofrenia - pentru care, de fapt, fusese şi pensionat. În timpul comiterii celor 3 furturi, el nu consumase alcool.

Diagnosticul de schizofrenie apreciat la cazul de mai sus, a fost pus în urmă cu 9 ani şi a fost reconfirmat cu prilejul unor reinternări datorate recăderii în puseu psihotic.

Faza în care am expertizat noi bolnavul, am apreciat-o ca o perioadă de remisiune în cadrul bolii. De la data comiterii faptei penale până în momentul expertizei au trecut 55 de zile.

Dificultățile de apreciere ale discernământului la un astfel de caz, discernământ ce se vrea apreciat raportat la momentul comiterii faptei, provin din imposibilitatea de a afla pe deplin toate aspectele de ordin psihic din perioada imediat anterioară comiterii faptei referitoare la gândirea subiectului, respectiv la puterea sa de anticipație dar şi la aceea de a prevedea consecințele acțiunilor sau inacțiunilor sale.

Cunoscând că adesea momentele de decompensare psihotică la schizofren sunt foarte abrupte, este cel puțin riscant să facem o apreciere tranşantă de genul "*a avut discernământul raportat la fapta comisă*". Riscăm ca în faza de cercetare penală, în fața anchetatorului să se prezinte un schizofren decompensat, în plin puseu halucinator-delirant, apreciat de noi ca un schizofren în perioada de remisie.

Cum o schizofrenie practic nu se remite complet şi definitiv niciodată, ne pot scăpa elemente patologice ale psihicului subiectului chiar atunci când impresia este că față de modalitatea de acțiune, acesta a acționat perfect normal din punct de vedere mental. De aceea apreciem că la bolnavul schizofren remis, aprecierea discernământului trebuie făcută cu deosebită precauție optând spre concluzii care să ducă la încadrarea bolnavului în prevederile articolului 114 Cod Penal.

O astfel de abordare a acestei categorii de bolnavi psihici poate preveni, după părerea noastră, apariția unor neînțelegeri din partea organului de cercetare penală. Întrebări de genul: "*dacă are discernământul global păstrat*", "*dacă poate avea momente în care discernământul este pierdut*", "*dacă boala se poate decompensa, cum şi când*" sau "*dacă boala poate fi tratată în spital penitenciar*" sunt astfel preîntâmpinate.



Scanned with OKEN Scanner

# DELINCVENȚA MINORULUI
# CAUZE ŞI MODALITĂȚI DE INVESTIGARE ASPECTE PSIHIATRICE

Şef de lucrări Dr. IULIANA DOBRESCU(1),
Preparator Dr. E.R.IONESCU-MIHĂIȚĂ(2)
(1) - Clinica de Neuropsihiatrie infantilă - UMF "Carol Davila"
(2) - Institutul de Medicină Militară Bucureşti.

Delincvența minorului este o situație care apare din ce în ce mai frecvent în ultima perioadă de timp. Este o problemă care preocupă atât pe juriştii cât şi pe medici, ambele categorii încercând să o explice şi să găsească soluții. De fapt delincvența juvenilă este o problemă de corectare cu implicații mult mai largi care depăşesc sfera medicală şi juridică, interesând şi psihologii, sociologii, pedagogii, cadrele din asistența socială şi organele de ordine ale Ministerului de Interne.

Noi ne propunem analiza acestui aspect din perspectiva medicală, urmând ca prin elaborarea cu celelalte părți interesate să putem realiza un model de investigare şi să încercăm să oferim câteva soluții cu caracter practic care să conducă la limitarea şi scăderea în timp a acestui fenomen.

La minor vorbim de tulburări de conduită sau de comportament, ulterior la adult aceste tulburări se vor structura într-o tulburare de personalitate care din perspectiva delincvenței înseamnă de regulă tulburarea de personalitate antisocială.

Cauzele delincvenței minorului sunt multiple. Putem aprecia rolul important al familiei şi al adulților din mediul imediat de contact al minorului. Familia are un rol în educarea şi formarea tânărului oferindu-i model, apoi împărtăşindu-i experiența de viață. Aici discutăm despre participarea efectivă a adulților din familie la problemele minorului, de existența unei comunicări libere, deschise, directe. Adesea se observă tendința de minimalizare a problemelor copilului, apreciindu-se greşit de părinți că acesta este prea mic pentru a fi considerat membru al familiei cu drepturi depline. Acest aspect poate crea un complex de inferioritate care va constitui o sursă potențială pentru un comportament de autovalorizare. În acest sens poate avea şi implicații în sfera infracționalității. Valorile morale cultivate de familie, precum şi gradul de cultură al familiei sunt, de asemenea, importante, fixând copilului nişte norme de conduită în societate în concordanță cu valorile sociale apreciate. Un rol nu tocmai de neglijat îl au relațiile care apar în interiorul familiei. Familiile dezorganizate, cu relații tensionate între părinți, conviețuirea şi cu alți membri de familie care au atitudine contrară față de minor comparativ cu părinții, abuzul de alcool al părinților, precum şi aplicarea unor măsuri punitive exagerate sau din contră un mediu



Scanned with OKEN Scanner

familial prea permisiv ori indiferența față de minor contribuie prin influența psihicului minorului la apariția dorinței de evadare din cadrul familial şi constituie una din cauzele delincvenței.

Tulburările de comportament apar şi la cei la care se constată absența mediului familial, respectiv copiii abandonați, orfani, neocrotiți, precum şi în cazurile în care se realizează reconstituirea unei familii din părinți divorțați sau văduvi care au copii din căsătoriile anterioare şi la care ulterior se adaugă copii proveniți din noul cuplu. Pot apare probleme într-o proporție mai mare la copiii adoptați, cazuri în care părinții sunt de obicei mai în vârstă şi ca atare nu îşi pot exercita rolul de părinți în concordanță cu nevoile copilului. Una din cauzele deviației este şi situația în care familiile dezorganizate minorul este instigat de către unul din părinți împotriva celuilalt utilizând cele mai diverse metode, de la amenințare la persuasiune şi şantaj ori chiar violență.

Uneori chiar în interiorul unei familii organizate pot apare tensiuni cu repercursiuni asupra minorului, prin inconstanța atitudinii celor doi părinți. Se ştie că în primii ani de viață rolul mamei este mai important, apoi urmează tatăl, pentru ca spre adolescență rolul celor doi părinți să se restrângă treptat. Mama poate fi în acest sens sau hipoprotectoare sau permisiv exagerată, ceea ce duce la dezechilibre puternice în special în sfera afectivă, ducând în final la tulburări de comportament. Aceste greşeli educative trebuie corectate cât mai devreme posibil. Tatăl îşi manifestă rolul său ceva mai târziu decât mama, imprimând copilului regulile şi normele sociale. Absența tatălui din rândul familiei, dezinteresul lui, inconstanța sau relația de subordonare acceptată față de soție înseamnă abdicarea de la conducerea familiei şi creează o stare de insecuritate, de nelinişte. Se remarcă două tipuri de atitudine a familiei: una în care părinții doresc şi impun un regim de educație auster comparabil cu cel pe care l-au avut ei înşişi, sau, din contră, tendința excesiv de permisivă, hipoprotectoare încercându-se eliminarea oricărui obstacol din viața copilului, neglijându-se în acest mod efectul benefic pe care-l au problemele apărute în viața acestuia şi care contribuie de fapt la procesul de educare pentru viață. Apreciem necesitatea încărcării cu responsabilitate a copilului şi adolescentului în raport cu posibilitățile sale. Lipsa de supraveghere alături de manifestările precoce de independență ale copilului, cu eschivarea acestuia de sub tutela părinților contribuie la pierderea posibilității de control a familiei şi conduce la devienţă şi evoluție spre infracționalitate.

Absența unui program ordonat de viață, a preocupării pentru folosirea judicioasă a timpului liber al copilului, precum şi gratificarea excesivă a acestuia reprezintă moduri de incompetență educativă care pot genera sau agrava tulburările de comportament. Şcoala reprezintă



Scanned with OKEN Scanner

un alt factor de luat în considerare în structurarea personalității unui delincvent. Nivelul de instruire şcolară nu modifică cantitativ numărul delincvenților, dar are influență asupra tipului de act infracțional. Şcoala continuă rolul familiei şi contribuie la integrarea socială a minorului, obişnuindu-l pe acesta cu viața socială şi normele ei, valorizându-i şi facilitându-i desăvârşirea aspirațiilor sale. Dacă atitudinea față de şcoală este ostilă sau indiferentă, atunci în centrul preocupărilor minorului locul acesteia îl ia grupul social. Acest grup social este o sursă potențială pentru delincvență, în interiorul acestuia găsindu-se procente însemnate de infracționalitate, cazuri de infractori. Fenomenul este explicat prin dorința de valorizare şi autoafirmare a unora dintre membrii grupului care aspiră la poziția de lider. Apartenența la un grup social sau etnic minoritar poate contribui la apariția unui complex de inferioritate, aici concurând şi atitudinea grupului majoritar în rândul căruia coexistă minoritatea. Atitudinea majorității se bazează de multe ori pe existența unor prejudecăți preluate şi perpetuate în timp, cunoscându-se că întotdeauna se va evidenția mai bine un delincvent din cadrul minorității. Aceste prejudecăți conduc la un sentiment de frustrare care poate degenera în porniri şi reacții agresive cu scop de reconsiderare şi de acceptare a grupului minoritar.

Un rol important în delincvența minorului îl are mass media care tinde să includă din ce în ce mai mult violența în programele ei. Fără îndoială presa scrisă are şi ea un rol, prezentarea unor acte de extremă violență însoțite de imagini, polemicile create în jurul acestora influențează comportamentul tânărului, iar imaturitatea acestuia, precum şi dorința sa de afirmare pot reprezenta teren liber pe care această informație să penetreze. S-a constatat însă că în rândul mijloacelor de mass media cele mai importante sunt cele video. Programele video permit tânărului insuficient format, imatur din punct de vedere afectiv, o "*dezinhibiție*" şi preluarea unor modele de violență, prin imitare şi dorință de egalare sau chiar de depăşire a acestora. Pentru rezolvarea acestei probleme este important să cultivăm preocuparea pentru folosirea timpului liber în mod util, practic să încercăm canalizarea lui spre o activitate de perspectivă.

Mai pot fi luați în discuție doi factori, respectiv două cauze: urbanizarea şi posibilitățile materiale. Urbanizarea poate fi considerată ca fiind o cauză a delincvenței minorului prin condițiile pe care le oferă, diferite mult de cele din mediul rural. Astfel tânărul de la oraş are mai puține posibilități recreative, trăieşte într-un mediu stresant, cu un regim de viață mai alert, nu are parte de prea multă intimitate şi grupul social este mai strâns, mai închegat, respectiv apartenența la el este mult mai facilă datorită apropierii. Mai sunt de luat în seamă sentimentul



Scanned with OKEN Scanner

înstrăinării, al pierderii într-o masă mare de oameni şi, nu în ultimul rând, stresul datorat poluării fonice, industriale, ce are consecinţe asupra psihicului, cu atât mai mult asupra unui psihic în formare. Factorul material este şi el o cauză a delincvenţei. Contactul cu persoane care posedă mijloace materiale ale unui tânăr provenit dintr-un mediu în care s-au manifestat lipsurile şi sărăcia, determină o dorinţă de afirmare imediată, de rezolvare a acestei situaţii, de îmbogăţire şi realizare prin orice cale. Acest factor are o latură subiectivă ce ţine de fiecare individ în parte, precum şi de raportarea lui faţă de ceilalţi membri ai societăţii în concordanţă cu aspiraţiile şi nevoile proprii. Tot aici trebuie afirmat rolul inflaţiei care prin efectul ei asupra populaţiei poate predispune la o conduită infracţională.

În mod normal, aceste cauze ale delincvenţei sunt prezente în populaţie în ansamblul ei, numai anumite persoane fiind receptive şi determinate să aleagă drumul infracţionalităţii. Delincvenţa juvenilă se manifestă mai pregnant datorită caracteristicilor neuropsihice ale tânărului, respectiv minorului, acesta reprezentând un organism încă în formare şi ca atare supus influenţelor de mediu. Trebuie luate în calcul imaturitatea afectivă, volitivă, a conştinţei axiologice şi etice, alături de rolul unor factori de ordin social-negativ.

Investigarea minorului delincvent parcurge toate etapele procesului de examinare psihiatrică. Se va acorda un rol important antecedentelor psihiatrice în rândul familiei, caracterizării familiei - precizarea tipului şi naturii relaţiilor din rândurile membrilor acesteia. Aici un aspect interesant îl oferă boala psihică a unuia din membrii familiei, care, chiar dacă nu se poate spune că se transmite minorului, perturbă echilibrul relaţiilor acestuia cu familia şi relaţiile din interiorul familiei creând un cadru tensionat în care va evolua minorul. Vom acorda atenţie antecedentelor personale ale minorului, putându-se găsi aici factori agresivi perinatali, neonatali şi postnatali, precum şi afecţiuni somatice care şi-au lăsat amprenta asupra psihicului acestuia, nu neapărat generatori de dizabilităţi sau sechele, dar care prin evoluţia lor au marcat comportamentul familiei faţă de minor şi reciproc, lăsându-şi o amprentă care a rămas în pofida eforturilor ulterioare de a remedia situaţia. Este demn de luat în discuţie perioada şcolară începând cu grădiniţa, contactul cu alt mediu străin, ruperea de sub influenţa strictă a familiei, precum şi evoluţia minorului la şcoală, atitudinea faţă de şcoală a acestuia, rezultatele şcolare, preferinţele pentru anumite materii, eventualele hobby-uri.

Vom analiza raporturile cu grupurile de prieteni, poziţia sa în rândul grupului, componenţa acestui grup, identificarea minorului cu aspiraţiile grupului, sentimentul de apartenenţă la grup etc.



Scanned with OKEN Scanner

În raport cu fapta comisă vom analiza motivația minorului, gravitatea faptei şi prejudiciul creat, modul de realizare al acesteia, singur sau în grup, precizându-se în acest sens rolul avut de minor în realizarea efectivă a actului infracțional. Vom cerceta aici şi alți factori care au influențat momentul comiterii faptei, eventualitatea apariției sentimentului de culpabilitate, de regret. Trebuie precizat caracterul comiterii faptei, cu premeditare sau din imprudență, posibile influențe ale altor persoane, dorința de imitație a unui model.

Apoi vom proceda la examenul clinic obiectiv pe aparate şi sisteme, precum şi la atenta observație a minorului, investigând toate procesele psihice, încercând să surprindem existența sau nu a unui proces patologic care să fi putut avea consecințe asupra comportamentului minorului. În acest sens vom identifica tulburările de dezvoltare, de percepție, de atenție, de memorie, întârzierile de maturitate la nivelul gândirii, proceselor afective, volitive etc. Completarea acestor date se realizează prin examenul psihologic, ancheta socială şi examenele paraclinice.

Examenul psihologic va aprecia nivelul de dezvoltare intelectuală, tipul de personalitate, evidențierea unor trăsături specifice ale personalității, a unor tendințe accentuate etc. Cele mai utile teste psihologice sunt testul SZONDI şi testul ROZENZWEIG. Testul SZONDI nu este utilizat exclusiv în psihiatrie, el poate fi util pentru orientarea profesională, pentru sociologie, pedagogie, criminologie şi poate contribui la stablirea unor măsuri de reeducare eficiente sau de apreciere a potențialului reiterativ al actului infracțional. Acest test furnizează date despre structurarea personalității individului, descoperind elementele care stau la baza tulburărilor de comportament sau conduită ale subiectului. Testul ROZENZWEIG apreciază tipul de reacție a individului pus în situațiile frustrante, stabilindu-se pragul toleranței la frustrare şi apoi raportându-i la media populației. Se apreciază gradul de adaptare socială a subiectului. Dacă se doreşte aprofundarea explorării psihologice se pot utiliza şi alte baterii de teste.

Ancheta socială este complemetară examenului clinic, interviului şi examenului psihologic. Ea furnizează elemente ce pot explica comportamentul delictual, structurarea şi formarea acestuia, motivația sa. Ancheta socială este efectuată de asistenții sociali şi sociologi şi începe cu studiul datelor despre minor, a faptei comise, precum şi a elementelor furnizate de medic. Apoi, este intervievat subiectul, urmărindu-se obținerea unor informații țintă, verificabile, concomitent însă se observă atent mediile obişnuite ale subiectului: domiciliul, camera sa, biroul etc. Toate informațiile vor fi verificate prin confruntarea lor cu alte persoane din anturajul minorului.



Scanned with OKEN Scanner

Testările paraclinice sau examenele medicale complementare se vor efectua în scopul precizării unui substrat organic, lezional al tulburărilor de comportament ori a existenței unei defecțiuni somatice care prin sine sau prin consecințele lor ar fi putut induce aceste tulburări. Aceste explorări vor fi apreciate în funcție de fiecare caz în parte.

Procesul de investigare încheiat, precum şi stabilirea cauzelor comportamentului delictual, se pune problema prevenirii recidivei, a profilaxiei unui astfel de comportament, ca şi a stabilirii măsurilor de siguranță pentru minor. Ultimele sunt atributele organelor de justiție şi ordine publică.

Din punct de vedere pedopsihiatric putem aprecia că delincventul minor poate beneficia de terapie şi asistență specifică prin intermediul rețelei de asistență psihiatrică: laboratoare de sănătate mintală, cabinete de psihiatrie, spitalul de zi şi cel propriu-zis. În aceste instituții se pot utiliza metode de profilaxie şi terapie propriu-zisă. Profilaxia vizează recuperarea şi integrarea socială, prevenirea recidivei, iar terapia îşi propune rezolvarea unor afecțiuni sau probleme psihice coexistente. Se pot folosi terapii biologice cu utilizarea psihotropelor în scopul scăderii agresivității şi a creşterii pragului de toleranță la frustrare; psihoterapia poate fi folosită pentru reconsiderarea imaginii despre sine şi ceilalți, contribuind la integrarea socială a minorului, iar socioterapia prin încadrarea într-un grup de indivizi din cadrul colectivității, urmărindu-l în timp (de fapt, inițial este o terapie ocupațională). Măsurile ce vizează readaptarea socială contribuie la ameliorarea climatului familial, a celui şcolar şi a celui din cadrul grupului comunitar.

Există o serie de dificultăți legate de numărul redus al asistenților sociali, rețeaua de asistență socială care este încă sub necesitățile existente, ceea ce limitează posibilitățile de intervenție. De asemenea, inexistența unui serviciu telefonic deschis minorilor cu probleme sau măcar a unui centru de "*criză*" pentru aceştia, cunoscându-se că actualele centre pentru minori nu dispun de posibilitățile unei asistențe de durată. Acolo unde există, teritoriul de acces este limitat.

Trebuie subliniat faptul că măsurile de siguranță față de minorul delincvent pot avea consecințe nefaste în timp asupra acestuia. Astfel instituțiile de corecție şi reeducare au în incinta lor subiecți pentru perioade diferite de timp şi delicte diferite, deci un minor care este trimis aici pentru un delict minimal sau ca urmare a apartenenței lui la un grup, deşi nu el este autorul sau autorul principal al faptei, are toate şansele ca odată intrat în această instituție gradul de delincvență să se accentueze şi să se transforme din infractor accidental, prin neglijență sau imprudență, într-un infractor real, bine motivat, dornic de a recupera perioada de reținere. Acest fenomen se explică prin caracteristicile de



Scanned with OKEN Scanner

dezvoltare neuropsihică ale minorului, imaturitatea sa, gradul crescut de imitabilitate şi sugestibilitate. Deci, trebuie apreciat corespunzător tipul de tratament recomandat, tipul măsurilor de siguranţă şi corecţie în raport cu tipul de personalitate, motivaţia actului, mobilul, gravitatea faptei etc.

În concluzie, considerăm delincvenţa minorului ca pe o temă deschisă de cercetare în speranţa găsirii unor metode mai eficiente de profilaxie. În acest sens trebuie înţeles şi demersul medicului psihiatru ce poate contribui prin metodele sale la prevenirea actelor infracţionale la minori, prin identificarea precoce a tulburărilor de comportament grave însoţite de heteroagresivitate şi conduită antisocială şi instituirea unor măsuri eficiente de tratament, solicitându-se şi aportul altor categorii: psihologi, sociologi, asistenţi sociali care să ajute această categorie de minori la rezolvarea problemelor lor.

Pentru minorul delincvent deja, medicul psihiatru, lucrând în echipă împreună cu ceilalţi specialişti menţionaţi anterior, poate stabili o strategie pe termen mediu şi lung care să vizeze prevenirea recidivei şi recuperarea socială, ştiut fiind că această categorie de vârstă este receptivă încă.

## DIFICULTĂŢI ÎN STABILIREA DISCERNĂMÂNTULUI ÎN EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

Col. Dr. P.CHERTIC - şeful Direcţiei medicale a M.Ap.N.
Cpt. medic R.E. IONESCU-MIHĂIŢĂ
Institutul medico-militar Bucureşti

Discernământul este o funcţie de sinteză care activează la nivelul psihicului uman şi constituie prin definiţie capacitatea subiectului de a concepe şi a debuta o anumită acţiune, elaborând mental planul desfăşurării ei şi anticipând rezultatele acesteia, urmărind un scop iniţial expres şi parcurgând treptat anumite etape pentru îndeplinirea acestui scop - prin perspectiva conştiinţei proprii şi în acord cu structura sa.

Stabilirea discernământului din perspectiva procesului de expertiză medico-legală psihiatrică este un proces destul de dificil întrucât practic constituie cheia expertizei, răspunsul dat prin raportul de expertiză asupra conştiinţei faptei subiectului expertizat.

Discernământul, în practica de expertiză medico-legală psihiatrică, are implicaţii mult mai profunde întrucât poate iniţia o serie de măsuri punitive complexe sau de reabilitare, recomandând instanţei tipul de intervenţie optimă pentru subiectul expertizat.

Pentru aprecierea corectă a discernământului trebuie precizate şi definite pentru subiectul expertizat o serie de aspecte cum sunt:



Scanned with OKEN Scanner

responsabilitatea, culpabilitatea, imputabilitatea, infracțiunea, vinovăția, intenția, nivelul de conştiință şi personalitatea, respectiv caracteristicile de personalitate ale subiectului.

Discernământul este criteriul esențial de definire a intenției, deoarece infractorul prevede rezultatul acțiunii sale, urmărind producerea lui prin săvârşirea ei, sau, deşi nu urmăreşte rezultatul faptei sale, acceptă posibilitatea producerii lui.

Fapta este săvârşită din culpă când infractorul prevede rezultatul faptei, dar nu îl acceptă, socotind fără motiv că el nu se va produce, şi atunci când nu prevede rezultatul faptei sale deşi trebuia să-l prevadă. Fapta constând dintr-o acțiune săvârşită din culpă constituie infracțiune numai atunci când în lege se prevede în mod expres aceasta (ex. omorul din culpă). Fapta constând într-o inacțiune constituie infracțiune, fie că este săvârşită cu intenție, fie din culpă, în afara de cazul când legea sancționează numai săvârşirea ei cu intenție.

Existența discernământului presupune conservarea stării de conştiință cu toate nivelurile sale: elementară, operațional-logică, axiologică (de alegere a valorilor după criteriile sociale curente) şi etică. Afectarea nivelurilor axiologic şi etic, deşi realizează o scădere a discernământului , nu presupune existența iresponsabilității.

Noțiunea de iresponsabilitate intră în discuție în momentul în care este realizată afectarea primelor două niveluri ale conştiinței, respectiv cel elementar şi operațional-logic, şi nu depinde de gravitatea teoretică a bolii. Există cazuri în care, deşi subiectul este diagnosticat ca fiind psihotic, el nu este iresponsabil din punct de vedere medico-legal, decât dacă primele două niveluri de conştiință au fost alterate în momentul producerii faptei. În cazul stărilor de remisiune dintre episoadele psihotice, sunt alterate ultimele două niveluri ale conştiinței, cel axiologic şi etic, ceea ce conduce la ideea discernământului dominat.

Se impune deci aprecierea clară a alterării conştiinței în momentul comiterii faptei şi obiectivitatea acestei alterări cât mai corect posibil, acest aspect constituind unul din momentele dificile în stabilirea discernământului.

Principalul criteriu în cadrul noțiunii de responsabilitate este structura personalității subiectului. Trebuie apreciată legătura de cauzalitate între structura şi trăsăturile individuale de personalitate ale subiectului şi elementele constitutive ale actului infracțional (felul lui, mobilul, modul de realizare, circumstanțele de săvârşire etc.). Aceasta este principala soluție pentru realizarea rolului probator în justiție al expertizei medico-legale psihiatrice.

Diminuarea discernământului nu este echivalentă nici cu responsabilitatea, nici cu iresponsabilitatea.



Scanned with OKEN Scanner

Discernământul trebuie apreciat în raport cu personalitatea subiectului, cu gradul lui de dezvoltare intelectuală şi de instruire, cu educaţia şi experienţa de viaţă. La aceste aspecte se adaugă aprecierea conştiinţei subiectului şi a nivelurilor conştiinţei afectate, apreciere care să se facă atât la momentul examinării, cât mai ales retrospectiv la momentul săvârşirii faptei, cât mai corect şi obiectiv posibil.

În concluzie, responsabilitatea care decurge din aprecierea discernământului este un atribut al persoanei, dar şi al anturajului în rândul căruia s-a format şi s-a dezvoltat subiectul, fiind condiţionat de calitatea relaţiilor sociale dintre acesta şi colectivitate, precum şi de relaţiile interpersonale.

Dacă am încerca o apreciere a responsabilităţii prin prisma noţiunii de normalitate psihică, atunci ea ar trebui să exprime deplina armonie a proceselor psihice, reflectată printr-un comportament stabil în familie, muncă şi societate, în deplin acord cu normele şi valorile morale. Aici vom analiza comportamentul de fond al individului, în caz contrar interferenţa cu anumiţi factori din mediul social poate produce modificări ale comportamentului, cu abateri minime însă, dar care uneori pot deruta totuşi expertul în aprecierea discernământului.

O altă situaţie dificilă în aprecierea discernământului o reprezintă individualizarea. Pentru aceeaşi faptă nu pot răpunde la fel toţi indivizii şi nici chiar acelaşi individ pe parcursul existenţei sale. Acest aspect nu este legat numai de conceptul discernământului legat de vârstă.

Dacă este să luăm în discuţie aspectul vârstei, discernământul este dificil de apreciat la minor, unde întâlnim mai multe aspecte. Minorul poate avea discernământul neformat, scăzut, păstrat sau abolit, în funcţie de vârsta pe care o are şi în raport cu gravitatea faptei comise şi implicaţiile acesteia asupra grupului social.

Expertiza medico-legală psihiatrică are un caracter pluridisciplinar, deoarece implică mai multe aspecte: juridic, medico-legal, psihiatric, dar nu în ultimul rând psihopedagogic.

În evaluarea discernământului la minori, trebuie efectuată o analiză a mai multor aspecte, care cuprind: investigarea clinică şi paraclinică, investigarea psihologică, ancheta socială, precum şi o multitudine de alte examene medicale în afara celui psihiatric, atunci când situaţia o cere.

Comisia de expertiză trebuie să aprecieze din punct de vedere al prognosticului şi să recomande măsurile de prevenire şi corectare. Minorii sunt într-o perioadă de formare şi dezvoltare atât somatică, cât şi psihică, nu au capacitatea intelectiv-volitivă a adultului, nu au dezvoltate complet nivelurile conştiinţei axiologice, etico-sociale şi sunt foarte uşor influenţabili şi receptivi la influenţele mediului. Minorii pot fi determinaţi să



Scanned with OKEN Scanner

comită fapte antisociale mult mai uşor, dar pe de altă parte, prin imaturitatea neuro-psihică sunt influenţaţi şi de măsurile psihopedagogice, deci pot fi corectaţi printr-o educaţie adecvată. Adoptarea unor măsuri punitive poate avea asupra minorului consecinţe nefaste întrucât îl aduce pe acesta în contact cu un mediu nociv, întărindu-i adesea comportamentul negativ.

Gradul de discernământ este expresia nivelului de conştiinţă, dar nu poate servi unei judiciose încadrări penale la minor, întrucât nu reflectă decât parţial posibilităţile intelective, afective, volitive şi deliberative în situaţiile curente de ordin social. Chiar în condiţiile unui discernământ integru putem aprecia că la minori capacitatea psihică este limitată, interpretarea responsabilităţii lor trebuind să se efectueze în mod individualizat şi măsurile de corectare şi prevenire vor trebui să ofere o posibilitate reală de reabilitare.

Considerăm că ar trebui să fie prioritare criteriile medicale în aprecierea discernământului la minori. Acest proces nu este întotdeauna uşor, întrucât implică o bună cunoaştere a psihologiei şi a mediului socio-familial al subiectului. Un rol important îl au aici ancheta socială şi investigarea socio-grupului în care evoluează minorul, cunoscându-se apartenenţa minorului adolescent şi pubertar la un grup social şi fenomenul de împrumut al valorilor acestuia, valori cu care el se identifică. Cadrul de viaţă familială şi activitatea şcolară este important la minor, întrucât un mediu hiperprotectiv sau din contră, prea permisiv, îndepărtează minorul de familie şi-l proiectează spre identificarea şi nevoia de valorizare într-un socio-grup, de cele mai multe ori cu influenţe negative asupra comportamentului său.

Din punct de vedere legal, minorii sub 14 ani nu răspund penal, iar între 14 şi 16 ani ei răspund doar dacă se dovedeşte că au acţionat cu discernământ. Această apreciere a gradului de discernământ este însă dificilă deoarece implică o mare responsabilitate din partea expertului, întrucât acesta, odată cu discernământul, orientează şi răspunderea penală. Am arătat anterior consecinţele unei măsuri punitive, aplicată unui subiect imatur din punct de vedere psihic, precum şi posibilitatea accentuării comportamentului negativ prin contactul cu un mediu nociv lui, cel de detenţie sau de corecţie chiar.

Sintetizând, discernământul este dificil de apreciat în practica expertizei medico-legale psihiatrice, deoarece presupune o investigare complexă a mai multor aspecte:

- structura personalităţii
- gradul de dezvoltare intelectuală
- gradul de instruire generală şi profesională
- gradul de educaţie familială şi instituţională



Scanned with OKEN Scanner

- experienţa de viaţă a subiectului
- aprecierea nivelului conştiinţei în momentul examinării şi în cel al săvârşirii faptei
- natura faptei şi gravitatea ei
- implicaţiile sociale.

Sunt de luat în consideraţie:

- motivaţia
- mobilul
- experienţa şi competenţa expertului.

Ar mai fi de subliniat câteva aspecte, şi anume: posibilitatea existenţei unor grade de discernământ la această structură de personalitate, în raport cu situaţia de moment, de condiţiile endogene din momentul comiterii faptei. Raportarea discernământului la vârsta subiectului expertizat nu trebuie automat făcută, deşi prevederile legale sunt stricte în acest sens; în acest caz trebuie apreciată capacitatea subiectului ca individ. Nu întotdeauna diagnosticul psihiatric implică un anume grad de discernământ aprioric, aşa cum am arătat anterior. Deasemenea, există situaţii în care apare îngustarea câmpului de conştiinţă, afectarea nivelului axiologic al acesteia cu implicaţii asupra gradului de discernământ, mai ales asupra aprecierii consecinţelor faptelor. Stabilirea discernământului presupune aprecierea existenţei uneia din cele trei situaţii şi anume:

- *discernământul păstrat* în momentul săvârşirii faptei, ceea ce echivalează cu existenţa capacităţii psihice de apreciere a conţinutului faptei şi a consecinţelor social-negative ce pot decurge din săvârşirea ei;
- *discernământul scăzut* echivalează cu menţinerea responsabilităţii, dar presupune diminuarea capacităţii de apreciere critică asupra faptei şi/sau numai a consecinţelor acesteia. Aici se includ şi cazurile de boală psihică în care apar afectări ale capacităţii volitionale sau afective, precum şi cazurile în care apare o sugestibilitate crescută sau o dependenţă faţă de alte persoane:
- *discernământul absent* sau abolit înseamnă iresponsabilitate, respectiv lipsa capacităţii de apreciere critică asupra faptei şi consecinţelor negative ale acesteia.

Deci, stabilirea discernământului este deosebit de importantă în practica de expertiză medico-legală psihiatrică, un proces adesea dificil, după cum am arătat anterior, întrucât nu presupune o simplă apreciere, un verdict, o concluzie. Odată precizat, discernământul are implicaţii asupra persoanei prin recomandarea unor măsuri care uzează recuperarea socială, reabilitarea individului, măsuri posibile de tratament, orientându-ne şi în aprecierea prognosticului pe termen scurt



Scanned with OKEN Scanner

şi lung al individului din punct de vedere medical al afecţiunii psihice şi din punct de vedere juridic privind potenţial criminogen.

Discernământul presupune armonizarea pledării judiciare cu asistenţa medico-legală, medico-socială, psihiatrică, completate cu recomandările psiho-socio-pedagogice individualizate, pentru a obţine rezultate eficiente în plan profilactic şi prognostic, privind reiterabilitatea infracţională.

Considerăm că stabilirea discernământului este, în exclusivitate, apanajul medicinii legale şi din motive obiective, trebuie să aparţină medicinii legale.

Ar fi necesar un cadru legal, care să permită poate o mai mare libertate expertului în a alege şi recomanda măsurile de reabilitate, mai ales atunci când intră în discuţie problema minorului asupra căruia aceste măsuri au o influenţă mai mare, datorită imaturităţii şi implicit, vulnerabilităţii sale, sugestibilităţii crescute. Deasemenea, în cazul expertizei efectuate la minori şi grupa de cârstă 14 - 16 ani, este necesară prezenţa în comisie a unui pedopsihiatru care poate aprecia mai bine şi individualiza măsurile de siguranţă propuse în cadrul comisiei.

## EXTERNAREA BOLNAVILOR PSIHICI ÎNCADRAŢI ÎN C.P. 114
## - CRITERII METODOLOGICE -

Dr. H. ARDELEAN(1), Dr. G. MIHALACHE(2)
(1) - Spitalul Cilinc de Neurologie şi Psihiatrie Oradea
(2) - Laboratorul de Medicină Legală Oradea

Cu toate că în marea lor majoritate bolnavii psihici au o evoluţie ondulatorie în boală, oscilând între remisiune şi recădere, între supraveghere medicală de ambulator şi spitalizare, totuşi pe traseul vieţii lor pot să apară seisme care să determine comportament antisocial cu caracter penal.

Indiferent de motivaţia acestui mod de comportament, din acel moment, datorită rigorilor legii şi legiutorilor, existenţa pacientului suferă schimbări semnificative, uneori brutale, autonomia şi independenţa actelor sale fiind supuse măsurilor de siguranţă medicală dacă fapta imputată a fost săvârşită fără discernământ.

Una dintre aceste măsuri de siguranţă este obligarea la internare şi tratament a bolnavului psihic cu fapta antisocială, în baza prevederilor art. C.P. 114.

Din punct de vedere laic, ba chiar şi din punct de vedere profesional - social, juridic, medical - problema pare a fi rezolvată: cazul



Scanned with OKEN Scanner

este izolat, periculozitatea îndepărtată, modalitățile de tratament şi supraveghere în desfăşurare, bolnavul psihic dobândeşte un nou statut.

Dar acest nou statut antrenează acelaşi mecanism plurifactorial alcătuit din societate, familie, justiție, psihologie, medicină - subiectul bolnav.

De data aceasta problema care se ridică este: **cât durează internarea obligatorie?**

La această întrebare generatoare de contradicții propunem un răspuns.

Persoana, în individualitatea sa, trebuie concepută şi prin dimensiunile socialului, a coelctivității umane din care face parte şi care o modelează printr-o elasticitate dialectică atât intelectiv, afectiv, volitiv, cât şi etic şi cultural. Interrelația ins - colectivitate este o permanență ce stimulează sentimentul valorilor reale, a normelor de armonizare şi posibilităților de afirmare ale fiecăruia.

Comportamentul antisocial al persoanei, cu consecințe penale, constituie în cazul subiectului bolnav psihic câmp de interferență interdisciplinară între organele de cercetare, justiție, medicină legală, psihiatrie, psihologie, ultimele trei fiind chemate pentru a stabili obiectiv dacă persoana bolnavă este conştientă sau nu de fapta comisă şi de a furniza instanței date suplimentare asupra reponsabilității sau lipsei de răspundere penală.

Expertiza psihiatrico-legală în anumite cazuri ca: omorul deosebit de grav, îndoieli asupra integrității psihice a persoanei în culpă, îndoieli asupra conştiinței sale sau a capacității de a-şi exprima liber voința în momentul săvârşirii faptei, reprezintă ca o necesitate, atgumentul major în probarea juridică a responsabilității sau iresponsabilității infractorului.

În cazul lipsei responsabilității în marea majoritate a situațiilor se aplică față de bolnavul psihic măsura internării obligatorii în baza art. C.P. 114.

Articolul C.P. 114 prevede: "*când făptuitorul este bolnav mintal ori toxicoman şi se află într-o stare care prezintă pericol pentru societate, se poate lua măsura internării într-un institut medical de specialitate până la însănătoşire*".

Ce interpretare dăm noi afirmației "*până la însănătoşire*" se va vedea mai departe.

Pe parcursul internării pacientul beneficiază de supraveghere medicală şi terapie atât medicamentoasă cât şi ergoterapie, terapie ocupațională, artterapie, psihoterapie de grup sau individuală, scopul asistenței de specialitate fiind acela de a crea un climat de existență intraspitalicească ce să nu ducă la izolare prin suspendarea legăturilor şi



Scanned with OKEN Scanner

modelelor socio-familiale şi profesionae, la amputarea ireversibilă a deschiderii către lume a personalităţii bolnavului, la hospitalism.

Firească şi în spiritul umanismului, această preocupare continuă de recuperare şi reinserţie a bolnavilor este carateristică psihiatriei contemporane.

Dacă expertiza psihiatrico-legală este indispensabilă pentru internarea pacientului, mai târziu, într-o secţiune transversală a istoriei bolnavului, ea se încarcă de o la fel de gravă responsabilitate în momentul externării prin înlocuirea sau încetarea măsurilor de siguranţă.

În afară de probitate profesională şi etică, echipa de experţi se confruntă cu riscul rejectării subiectului bolnav de sub tutela instituţiei sanitare înspre un nou orizont, mult mai larg, mai complex şi mai liber dar şi mai sever, alcătuit din familie, societate şi sistemele ambulatorii de asistenţă psihiatrică.

De aceea criteriile care fundamentează metodologia expertizei psihiatrico-legale în vederea propunerii spre externare a bolnavului psihic trebuiesc fixate în incidenţe şi interdependenţe complexe, adaptate particular şi specific cazului investigat:

**A. Criterii medicale**, vizează:

**1.**- diagnosticul şi forma clinică a bolii

**2.**- evoluţia intraspitalicească

**3.**- starea bolnavului în momentul expertizării psihiatrico-legale

În cadrul evoluţiei se apreciază nu numai modul de remisiune realizat sau frecvenţa şi tabloul psihopatologic al recăderilor, ci şi comportamentul pacientului pe întreaga perioadă de internare.

Semnificativă ni se pare în perspectiva reinserţiei socio-familiale şi profesionale, angajarea bolnavului în diferite formule terapeutice nemedicamentoase, în primul rând terapia ocupaţională şi ergoterapia, aceasta în ideea că garanţiile vizând evoluţia extraspitalicească trebuie să existe nu numai asupra intelectului ci şi asupra stării afective şi volitive.

**4.**- examenul psihologic şi examinările paraclinice sunt şa rândul lor necesare de la caz la caz.

**B. Criterii juridice**:

- se postulează vis-a-vis de fapta comisă de către pacient, faptă ce acoperă gama largă a codului penal de la cea mai comună până la cea mai gravă infracţiune.

Menţionăm încă o dată că raportul de expertiză psihiatrico-legală, concluziile sale în vederea externării bolnavului, reprezintă în instanţă un argument suplimentar şi necesar, hotărârea externării venind de la instanţă în baza convingerii sale intime.



Scanned with OKEN Scanner

**1.**- Se înțelege de aici că în metodologia de lucru a comisiei de experți o infracțiune gravă ca: violul, tâlhăria, omorul, pretinde un regim particular de considerare a cazului:

- pe de o parte acest regim se referă la perioada de spitalizare care trebuie să fie mai mare,
- pe de altă parte scoaterea de sub incidența art. C.P. 114 trebuie să ofere în continuare posibilitatea controlului strict al evoluției şi comportamentului bolnavului.

În baza experienței noastre, pentru această categorie de bolnavi cu fapte antisociale grave, considerăm necesare supravegherea şi tratamentul intrespitalicesc minimum doi ni.

În eventualitatea externării, ea se va face obligatoriu prin înlocuirea măsurilor de siguranță cu prevederile art C.P. 113.

**2.**- În cazurile care nu prezintă gravitate deosebită din punct de vedere juridic propunerea ridicării măsurilor de siguranță prin înlocuirea sau încetarea lor se va face la un interval mai mic de timp de internare, în funcție de evoluția bolii, starea prezentă a bolnavului şi datele socio-familiale.

**3.**- Pentru unele cazuri de bolnavi, ce devin irecuperabili prin evoluția spre cronicizare şi abandon familial, scoaterea de sub prevederile art. C.P.114 se va face cu continuarea internării lor cu statut de bolnav psihic obişnuit.

**4.**- Îm fine, cazurile deosebit de grave, care au demostrat un potențial criminogen cu totul aparte, considerăm că este necesar să rămână internate în baza prevederilor art. C.P. 114 pe o perioadă nedeterminată.

**5.**- Apreciem ca un instrument de lucru care conferă mai multă obiectivitate expertizei psihiatrico-legale este **stabilirea relației de cauzalitate** între tulburările psihopatologice şi fapta comisă, **sistemul motivațional**, axe pe care orice expert trebuie să opereze în mod obligatoriu.

**C. Criterii sociale:**

**1.**- Marea majoritate a bolnavilor internați prin hotărâre judecătorească se prezintă cu documentația corespunzătoare: copia foii de observație clinică sau biletul de ieşire din spital, raportul de expertiză psihiatrico-legală, hotărârea judecătorească - acte care conțin o serie de date despre pacient şi fapta imputată.

**2.**- În acest moment psihiatrul are certitudinea existenței unor instituții medicale de staționar sau ambulatorii menite să asigure şi să promoveze o bună asistență de specialitate pentru starea de sănătate mintală a bolnavului în teritoriul unde domiciliază.



Scanned with OKEN Scanner

**3.**- Dar în perspectiva reinserției socio-familiale şi profesionale a pacientului această certitudine nu poate fi satisfăcătoare şi suficientă, nu reprezintă garanție pentru **permanența relației** dintre bolnav şi asistența medicală de specialitate, permanență ce se poate obține numai în condițiile unei familii organizate, interesate de echilibrul mintal şi social al persoanei bolnave.

**4.**- Propunem un test al capacității de recuperare a bolnavilor **metoda învoirilor terapeutice**.

Criteriile acordării învoirilor sunt:

- conduita intraspitalicească, forma evoluției bolii, antrenarea în terapia ocupațională
- raportul de cauzalitate între boală şi fapta antisocială
- gravitatea faptei comise
- mediul familial şi social (ancheta socială)
- angajamentul unui membru apropiat din familie pentru însoțirea bolnavului
- perioada de internare suficientă pentru cunoaşterea conduitei şi reacțiilor pacientului
- diverse probleme personale care necesită prezența bolnavului: pensii, litigii civile etc. în coroborare cu punctele de mai sus.

Prin învoirea bolnavului psihic se acceptă din partea medicului un "*joc deschis*" cu probabilitatea, unde media statistică nu este un criteriu suficient de asigurare împotriva extremelor statistice. Ori, există o acoperire a acceptării jocului, deoarece verifică eficacitatea mijloacelor terapeutice de care a beneficiat pacientul şi disponibilitatea societății de a reprimi şi reîncadra "*foştii*" bolnavi psihici.

**5.**- Pentru înlocuirea sau încetarea măsurilor de siguranță medicală conform art.114 C.P., o practică obligatorie este solicitarea **anchetei sociale**, document de o covârşitoare importanță pentru obținerea datelor despre familie, locul de muncă, universul de microgrup în care urmează să intre bolnavul.

Datele oferite de ancheta socială constituie pentru experți tot atâtea argumente pro sau contra ridicării măsurilor de siguranță.

Dorim să subliniem că deşi majoritatea anchetelor sociale oferă relații complexe şi obiective, totuşi unele dintre ele sunt alcătuite cu o evidentă notă subiectivă care respinge ideea reinserției sociale cu toate că ar exista posibilitatea aceasta, concluziile acestor anchete venind deseori în contradicție cu datele furnizate.

Din acest motiv credem că este indicat ca despre acelaşi caz să se ceară anchete sociale repetate.



Scanned with OKEN Scanner

Analizând criteriile care fundamentează propunerea externării, prin expertiza psihiatrico-legală a bolnavilor încadrați în art.114 C.P. trebuie să menționăm că nici unul dintre ele, luat separat, nu este suficient.

Încercarea de prelucrare algoritmică a normelor expuse ni se pare hazardată, inutilă şi nu în ultimă instanță lipsită de bun simț, întrucât, deşi statistic am probat realitatea lor, răspunsul nu constă dintr-o formulă matematică.

Cele trei criterii trebuiesc coroborate, argumentele necesare externării fiind rezultanta pozitivă a interdependenței dinamice dintre datele medicale, juridice şi sociale - particulare pentru fiecare caz.

**Aceasta exprimă**, după părerea noastră, **însănătoşirea bolnavului.**

## METODE DE EVIDENȚIERE A RELAȚIILOR COPIL-ŞCOALĂ-FAMILIE PRIN REPREZENTĂȚII TEATRALE

Dr. R.PÂRVULECU, Psiholog ROZALIA PÂRVULECU
Asist. CARMEN DOLOG, Educ. AUREL DOLOG
Spitalul de Neuropsihiatrie Infantilă Lugoj

În cadrul unor activități de lărgire a repertoriului terapeutic, colectivul Centrului medical de psihoterapie şi recuperare a Spitalului N.P.I. Lugoj, a pus în scenă două piese scrise pe o tematică apropiată de interesele copiilor internați şi interpretată de aceştia.

Reprezentările au avut loc atât în incinta spitalului şi a şcolii din Lugoj, cât şi la Centrul de învățământ "*Hilfe fur Rumanien*" din Timişoara, care le-a oferit şi un public adecvat: copii ai străzii care erau cazați în incinta Căminului Oneşti din Timişoara.

Succesul avut de aceste două piese poate fi interpretat şi ca urmare a unor caracteristici de prezentare a materialului dramatic, din care am reținut următoarele:

1) Ambele piese au un prolog în care atât interpretul cât şi prezentatorul atrag atenția că este vorba de probleme reale ale copiilor. La prima piesă, "*Boschetar pe jumătate*", interpretul atrage atenția spectatorilor că este vorba despre probleme reale ale copiilor internați, făcând un mic comentariu umoristic. Prezentatorul povesteşte istoricul piesei.

La a doua piesă, intitulată "*Wasserrkopf*", prezentarea face o introducere la tema: De ce nu ne place să învățăm?

2) În ambele piese acțiunea se concentrează pe un erou care îşi expune motivele frustării sale din primul act. În prima piesă, eroul indică



Scanned with OKEN Scanner

psihologului un motiv justificat pentru a fugi de acasă: frica de brutalitatea tatălui.

În cea de-a doua piesă, motivul principal e revendicarea fostului elev de a obține banii cheltuiți pentru şcolarizarea sa.

**3)** În ambele piese acțiunea evoluează spre un catarzis şi culminează într-un moment tragic: la prima piesă demascarea minciunii de către un alt personaj - mama interpretului -, sau înfrângerea fostului elev de către profesori la a doua piesă.

**4)** Urmează la ambele piese o încercare de a se face o reabilitare a protagonistului sau o integrare în grup. În prima piesă reabilitarea se face printr-o proiecție în viitor, în care protagonistul îşi explică atitudinea, iar la cea de-a doua piesă apare totul ca o trezire dintr-un vis, prin care fobia şcolară se dizolvă prin generalizare în grup.

Fiecare aspect e ilustrat cu câteva imagini video, din ambele piese.

## CARACTERISTICI PSIHODIAGNOSTICE LA MINORII DELINCVENȚI UN STUDIU COMPARATIV

Psiholog L. Gurguță, Dr. N. Vlad
Spitalul de Psihiatrie Botoşani

### I. Scopul cercetării

Ne-am propus să determinăm în ce măsură există configurații psihodiagnostice specifice la o grupă de elevi ai Şcolii Normale Botoşani care nu au dificultăți la învățătură (lotul de "*normali*"), comparativ cu o grupă de elevi ai aceluiaşi liceu care manifestă dificultăți adaptative şi performanțe şcolare mai slabe (lot denumit de noi personalități "*accentuate*") şi o grupă de minori internați în Penitenciarul Botoşani pentru comiterea a diferite delicte (furturi, agresiuni).

### II. Material şi metodă

Convenim ca lotul de normali să fie simbolizat cu X, cel cu personalități accentuate cu Y şi minorii din penitenciar cu Z.

Caracteristicele loturilor. Lotul X este alcătuit din 20 eleve cu media de vârstă de 17 ani, lotul Y este alcătuit din 16 eleve şi 2 elevi cu media de vârstă de 16,4 ani iar lotul Z din 20 băieți cu media de vârstă de 16,33 ani. S-au aplicat următoarele teste: *testul Raven* (de inteligență nonverbală), *chestionarul Woodorth-Mathews* (de tendințe psihonevrotice), *testul de Anxietate Cattel*, *Inventarul de Personalitate Eysenck-forma A*, *Chestionarul Friedmann* de maturizare emoțională şi *Chestionarul Personalității Accentuate*.



Scanned with OKEN Scanner

Mediile calculate pentru fiecare grupă au fost raportate una la alta, iar pentru evaluarea semnificației diferențelor dintre medii s-a aplicat *testul t*:

$$t = \frac{\bar{x} - \bar{y}}{\sqrt{\frac{x^2 + y^2}{n_x + n_y - 2} \cdot \frac{n_x + n_y}{n_x \times n_y}}}$$

în care : x, y şi z sunt mediile eşantioanelor $n_x$, $n_y$ şi $n_z$ sunt volumele celor trei eşantioane: x, y şi z sunt abaterile valorilor individuale de la mediile respective (*A.Novak*).

**III. Rezultate şi discuții**

Datele care au fost recoltate şi prelucrate au fost centralizate în tabelul următor:

| Nr. | Test | Valori medii x | y | z | Test t |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Raven-QI | 115,45 | 109,27 | 83,8 | $t_{xy}$=1,887 p.nesemn.<br>$t_{xz}$=9,914 p. 0,001<br>$t_{yz}$=9,160 p. 0,001 |
| 2. | Cattel Anxiety Test (anxietate) | 3,8 | 6,8 | 6,4 | $t_{xy}$=4,246 p. 0,001<br>$t_{xz}$=3,832 p. 0,001<br>$t_{yz}$=1,272 p.nesemn. |
| 3. | Test Friedmann (maturizare afectivă) | 17,6 | 15,88 | 14,8 | $t_{xy}$=1,982 p.nesemn.<br>$t_{xz}$=3,264 p. 0,005<br>$t_{yz}$=1,219 p.nesemn. |
| 4. | Eysenck Personality inventory (scala extraversie-introversie) | 3,95 | 3,94 | 6,4 | $t_{xy}$=0,055 p.nesemn.<br>$t_{xz}$=3,731 p. 0,001<br>$t_{yz}$=3,640 p. 0,001 |
| 5. | E.P.I.-A (scala nevrotism) | 6,1 | 4,27 | 5,05 | $t_{xy}$=3,616 p. 0,001<br>$t_{xz}$=2,080 p. 0,01<br>$t_{yz}$=1,823 p.nesemn. |
| 6. | E.P.I.-A (scala minciună) | 9,01 | 7,13 | 8,30 | $t_{xy}$=0,993 p.nesemn.<br>$t_{xz}$=0,078 p.nesemn.<br>$t_{yz}$=0,649 p.nesemn. |
| 7. | Chestionar WM (hiperemotivitate) | 103,6 | 158,88 | 115,41 | $t_{xy}$=2,103 p. 0,05<br>$t_{xz}$=1,602 p.nesemn.<br>$t_{yz}$=1,445 p.nesemn. |
| 8. | Chestionar WM (obsesii, psihastenie) | 55,2 | 136 | 102,8 | $t_{xy}$=5,269 p. 0,001<br>$t_{xz}$=2,758 p. 0,01<br>$t_{yz}$=1,445 p.nesemn. |
| 9. | Chestionar | 78 | 173,33 | 150 | $t_{xy}$=5,552 p. 0,001 |



Scanned with OKEN Scanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | WM (schizoidie) | | | | $t_{xz}$=3,861 p. 0,001<br>$t_{yz}$=1,184 p.nesemn. |
| 10. | Chestionar WM (tendințe paranoide) | 50 | 129,66 | 128 | $t_{xy}$=6,593 p. 0,001<br>$t_{xz}$=6,799 p. 0,001<br>$t_{yz}$=0,249 p.nesemn. |
| 11. | Chestionar WM (depresie, ipohondrie) | 59,3 | 177,65 | 150,7 | $t_{xy}$=7,260 p. 0,001<br>$t_{xz}$=4,717 p. 0,001<br>$t_{yz}$=0,706 p.nesemn. |
| 12. | Chestionar WM (tendințe impulsive, epileptice) | 64,8 | 122 | 140,1 | $t_{xy}$=3,844 p. 0,001<br>$t_{xz}$=5,079 p. 0,001<br>$t_{yz}$=1,764 p.nesemn. |
| 13. | Chestionar WM (instabilitate psihică) | 119,6 | 184,88 | 192,4 | $t_{xy}$=2,875 p. 0,01<br>$t_{xz}$=3,454 p. 0,005<br>$t_{yz}$=0,385 p.nesemn. |
| 14. | Chestionar WM (tendințe antisociale) | 18,2 | 54,88 | 111,6 | $t_{xy}$=2,385 p. 0,05<br>$t_{xz}$=4,107 p. 0,001<br>$t_{yz}$=2,327 p. 0,05 |
| 15. | P-A (demonstrativitate) | 53,95 | 44,26 | 48,97 | $t_{xy}$=1,659 p.nesemn.<br>$t_{xz}$=1,046 p.nesemn.<br>$t_{yz}$=0,861 p.nesemn |
| 16. | P-A (hiperexactitate) | 39,84 | 52,56 | 43,99 | $t_{xy}$=2,347 p. 0,05<br>$t_{xz}$=0,85 p.nesemn.<br>$t_{yz}$=1,555 p.nesemn. |
| 17. | P-A (hiperperseverență) | 61,42 | 62,71 | 59,76 | $t_{xy}$=0,279 p.nesemn.<br>$t_{xz}$=0,322 p.nesemn.<br>$t_{yz}$=0,630 p.nesemn. |
| 18. | P-A (nestăpânire) | 73,1 | 52,77 | 78,12 | $t_{xy}$=5,207 p. 0,001<br>$t_{xz}$=1,417 p.nesemn.<br>$t_{yz}$=6,750 p. 0,001 |
| 19. | P-A (hipertimie) | 65 | 50,69 | 60,62 | $t_{xy}$=1,964 p.nesemn.<br>$t_{xz}$=1,764 p.nesemn.<br>$t_{yz}$=1,575 p.nesemn. |
| 20. | P-A (distimie) | 35 | 51,38 | 41,75 | $t_{xy}$=2,764 p. 0,01<br>$t_{xz}$=1,343 p.nesemn.<br>$t_{yz}$=1,636 p.nesemn. |
| 21. | P-A (ciclotimie) | 41,125 | 55,55 | 64,375 | $t_{xy}$=2,233 p. 0,05<br>$t_{xz}$=3,716 p. 0,001<br>$t_{yz}$=1,388 p.nesemn. |
| 22. | P-A (exaltare) | 45 | 65,27 | 73,75 | $t_{xy}$=2,743 p. 0,01<br>$t_{xz}$=4,225 p. 0,001<br>$t_{yz}$=1,388 p.nesemn. |
| 23. | P-A (anxietate) | 43,75 | 49,30 | 45 | $t_{xy}$=0,739 p.nesemn.<br>$t_{xz}$=0,199 p.nesemn.<br>$t_{yz}$=0,641 p.nesemn. |
| 24. | P-A. (emotivitate) | 78,125 | 72,22 | 55,55 | $t_{xy}$=0,801 p.nesemn.<br>$t_{xz}$=4,482 p. 0,001<br>$t_{yz}$=2,880 p. 0,01 |



Scanned with OKEN Scanner

1. Nivelul de inteligență (QI) departajează semnificativ elevii de liceu de minorii din penitenciar (p. 0,001).

2. Nivelul de anxietate este relativ omogen la lotul cu personalitate accentuată şi minorii din penitenciar şi se detaşează semnificativ de lotul de normali (p. 0,001). Noi presupunem că la această vârstă, o notă standard de 6 ar putea fi un element simptomatic ce predispune la dezadaptare, în ciuda etalonului testului.

3. Gradul de maturizare afectivă este la lotul de normali pe limită (fapt explicabil prin faptul că lotul este în întregime de sex feminin). La celelalte două loturi s-a putut constata o nematurizare afectivă uşoară, mai semnificativă la minorii din penitenciar (p. 0,005).

4. Dimensiunea extraversiune-introversiune: între elevii ambelor loturi şi minorii din penitenciar există diferențe semnificative în sensul că primii au tendința către introversiune pe când ultimii obțin note standard specifice ambiversiunii (p. 0,01).

5. Dimensiunea nevrotism este mai accentuată la lotul de normali față de cei cu personalitate "accentuată" (p. 0,01), semnificația este uşor mai redusă față de minorii din penitenciar. Între lotul din penitenciar şi cel cu personalitate accentuată nu există diferențe semnificative.

6. Factorul minciună nu a fost relevant, între loturi neexistând diferențe semnificative.

7. Factorul hiperemotivitate (WM). Se constată o anumită omogenitate emoțională între loturile din penitenciar şi cu personalitate accentuată şi doar uşoare diferențe semnificative la un p. 0,05 între cele două loturi din liceu.

8. Factorul obsesie-psihastenie (WM), detaşează semnificativ normalii de personalitățile accentuate la un p. 0,001 şi mai puțin pregnant de minorii din penitenciar (p. 0,01). Oricum, încărcătura obsesională la normali este mult mai redusă comparativ cu celelalte două loturi.

9. Factorul schizoidie (WM) este semnificativ mai scăzut la normali comparativ cu lotul de personalități accentuate şi minorii din penitenciar (p. 0,001). Loturile cu comportamente dezadaptive manifestă omogenitate la acest factor deoarece diferențele dintre mediile lor nu sunt semnificative. Nu trebuie să corelăm indicele mai mare de introversiune al normalilor la testul Eysenck cu schizoidia scăzută deoarece replierea spre sine, ca factor meditativ nu semnifică şi tendința spre înstrăinare, de aplatizare afectivă.

10. Factorul tendințe paranoide (WM) separă de asemenea net lotul de normali de ceilalți (p. 0,001). Putem presupune că manifestările



Scanned with OKEN Scanner

discomportamentale antrenează sentimente de insecuritate ce conduc la o accentuare a interpretativității.

11. Factorul tendințe depresive-ipohondriace (WM), detașează semnificativ (p. 0,001) normalii de celelalte două loturi deși depresia se înscrie în banda tendințelor psihonevrotice.

12. Factorul tendințe impulsive-epileptice (WM), diferențiază semnificativ normalii de celelalte două grupe și totodată nu determină diferențe semnificative între grupele cu comportamente dezadaptive.

13. Factorul instabilitate psihică (WM) se încarcă psihopatologic gradat spre lotul cu personalități accentuate și minorii din penitenciar.

14. Factorul tendințe antisociale (WM). Pe ansamblul loturilor aceste tendințe sunt sub banda tendințelor patologice, dar analiza statistică a relevat că totuși există diferențe semnificative la praguri variabile între loturi.

15. Factorul demonstrativitate (P - A) nu a fost relevant din punct de vedere statistic.

16. Factorul hiperexactitate (P - A) nu discriminează semnificativ loturile, cu excepția celor de elevi, la un prag modest (p. 0,05).

17. Factorul hiperperseverență (P - A) este nerelevant din punct de vedere statistic.

18. Factorul nestăpânire (P - A) ne arată diferențe semnificative între normali și structurile accentuate de personalitate (p. 0,001), însă diferențe nesemnificative cu minorii din penitenciar. Se mai constată și diferențe semnificative între structurile accentuate și minorii din penitenciar (p. 0,001).

19. Factorul hipertimie (P - A) nu relevă diferențe semnificative între loturi.

20. Factorul distimie (P - A) a discriminat la un prag modest doar loturile normali și personalități accentuate (p. 0,01).

21. Factorul ciclotimie (P - A) diferențiază de asemenea lotul de normali de cei cu personalități accentuate la un p. 0,005 și de cei ai minorilor cu p. 0,001. Între lotul cu personalități accentuate și lotul din penitenciar diferențele sunt nesemnificative.

22. Factorul exaltare (P - A) înregistrează diferențe semnificative la un p. 0,01 între lotul de normali și personalități accentuate și înalt semnificative cu minorii din penitenciar (p. 0,001). Se mai constată diferențe nesemnificative între aceștia din urmă și personalitățile accentuate. Deci exaltarea poate fi un factor predispozant pentru conduite dezadaptive.

23. Factorul anxietate (P - A) nu este relevant pentru cele trei loturi. Din acest punct de vedere Scala de anxietate Cattel s-a dovedit mai sensibilă în detectarea de diferențe între loturi.



Scanned with OKEN Scanner

24. Factorul emotivitate (P - A) relevă diferențe semnificative între normali (p. 0,001) şi personalitățile accentuate (p. 0,001), comparativ cu minorii din penitenciar. Între loturile de elevi nu se constată diferențe semnificative.

**IV. Concluzii**

La această grupă de vârstă (16 - 17 ani), nivelul de inteligență diferențiază semnificativ elevii de liceu de minorii din penitenciar. Aceştia din urmă, probabil au avut un aport educațional mai redus.

O anxietate în jurul notei standard 6 la loturile cu manifestări dezadaptive poate fi considerată ca un element simptomatic.

Nematurizarea afectivă este mai pregnantă cu cât comportamentele sunt mai dezadaptive.

Contrar aşteptărilor, o notă standard specifică ambiversiunii este semnificativă pentru comportamentele dezadaptive. Deci, o bună capacitate de relaționare poate fi considerată ca un factor care ajută evitarea sancțiunilor la cei care au comportamente deviante. O notă standard 4 - 5 ar putea fi un factor predictiv la factorul nevrotism pentru dezadaptare la această vârstă. De asemenea, nevrotismul este mai accentuat la loturile cu dezadaptare.

Factorul minciună nu este relevant la această grupă de vârstă.

Hiperemotivitatea nu diferă semnificativ la subiecții cu comportamente deviante însă datele sunt incerte dacă luăm în considerare valorile celor trei loturi. Însă o detaşare semnificativă se manifestă la nivelul structurilor obsesionale, psihastenice, schizoide, paranoide, depresiv-ipohondriace, impulsive, instabile şi antisociale. Aceste rezultate la chestionarul WM țin seama de mediile obținute de loturi şi nu de standardele obişnuite care vizează trei plaje de variație: normalitate (0 - 120), tendințe patologice (120 - 220) şi valori patologice (peste 220).

Chestionarul P - A nu a relevat elemente deosebite de discriminare la factorii demonstrativitate, hiperexactitate, hiperperseverență, hipertimie, distimie, exaltare şi anxietate. Diferențe semnificative s-au constatat la factorul ciclotimie între normali şi cei cu devianța comportamentală şi, de asemenea la factorul nestăpânire cu specificația că în penitenciar minorii tind şă îşi corefcteze comportamentul (probabil şi prin coerciție), deoarece se ajunge la diferențe nesemnificative din punct de vedere statistic față de lotul de normali.

Studiul nostru se înscrie pe linia a ceea ce O. Bădina, G. Basiliade, P. *Datculescu* subliniau: "*Problema centrală a investigării şi încercării de cunoaştere a personalității infractorului minor impune o precizare referitoare la elementele constitutive ale acestei personalități. Cu alte cuvinte se pune problema dacă şi în ce măsură există şi pot fi relevate în*



Scanned with OKEN Scanner

*sfera diferitelor trăsături care configurează personalitatea acestor minori elemente diferențiale, caracteristici care-i deosebesc de alți tineri din aceeaşi grupă de vârstă, dar care nu prezintă un asemenea tip de devianță".*

**Bibliografie selectivă**


1. *Bădina O.; Basiliade G.; Datculescu P.:* Cunoaşterea personalității infractorului minor şi strategia cercetării delincvenței juvenile, în Metode de cunoaştere a personalității infractorilor minori şi aspecte ale activității de reeducare, Simpozionul-Reeducarea minorilor infractori,Bucureşti, 26-27 iunie 1970, p.23-31.
2. *Bontilă George:* Aptitudinile şi măsurarea lor, Centrul de Documentare şi Publicații al Ministerului Muncii, Bucureşti, 1971.
3. *Novak Andrei* - Metode statistice în pedagogie şi psihologie, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1977, p. 77.
4. *Şchiopu Ursula:* Introducere în Psihodiagnostic, Tipografia Universității Bucureşti, 1976.


Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 3

# MĂSURI DE SIGURANȚĂ CU CARACTER MEDICAL

Scanned with OKEN Scanner

# RĂSPUNDEREA CIVILĂ PENTRU FAPTELE ILICITE SĂVÂRŞITE DE MINORI ŞI PERSOANELE PUSE SUB INTERDICȚIE

Lector univ. Dr. I. ROMOŞAN
Prodecan al Facultății de Drept Oradea

## I. Considerații introductive

Omul este prin narura sa o ființă care tinde spre viața socială.

Pentru a trăi izolat, în afara societății, omul ar trebui să fie, cum se exprima *Aristotel* "*un animal ori un Dumnezeu*" adică ceva mai puțin sau mai mult decât un om.

Viața socială, pe de altă parte solicită necontenit această trestie gânditoare care este omul şi el, participă la întregul foc al arderilor sale interioare, cu toate instinctele sale, atât cele egoiste cât şi cele atruiste.

Aceste instincte se regăsesc în forme variate şi în acel segment al vieții sociale unde omul, într-un efort plin de cutezanță şi grandoare, încearcă să ordoneze haosul social prin norma juridică. Însă în pentru acest efort glisează mereu între tristețea eşecului şi extazul împlinirii, norma juridică este pentru societate când torța lui Prometeu, când bolovanul lui Sisif.

Raporturile juridice ce se leagă între indivizi, urmează şi ele destinul normei de drept şi viața juridică se înfățisează într-o varietate nemărginită, în hățişurile căreia străbat foarte greu atât legiuitorii cât şi cei ce veghează la respectarea legii. În fața unei asemenea nemărginiri, tot viața a fost aceea care a impus principii împrumutate moralei societății. Cu toate acestea, nici măcar acolo unde legea a constituit temelia pe care s-a clădit un mare imperiu, în Roma antică, nu s-a cutezat să se spună cu toată tăria că ceea ce este drept este întotdeauna şi moral. Chiar dacă *Celsius* definea dreptul ca "*ars bon et aequi*" prin gura lui *Paulus* au rămas posterității cuvintele "*Non omne quod licit honestum est*" (Nu tot ceea ce este licit din punct de vedere juridic, este conform şi moralei).

Aceste premise majore sunt necesare a fi avute în vedere pentru a face lumină acolo unde penetrează mai greu, lumea subiectivului, fiind prin definiție, mai ascunsă şi mai greu decalabilă decât cea a obiectivului. Aceasta şi pentru că, tot de la romani a rămas în istorie, un principiu de drept de o importanță practică extraordinară: *idem est non esse et non probari* (este acelaşi lucru a nu fi cu a nu fi probat).

Acest principiu este pe deplin valabil în privința vinovăției.

Problematica răspunderii civile delictuale pentru faptele săvârşite de minori sau de persoanele puse sub interdicție, îmbracă aspecte deosebit de complexe generate, pe de o parte, de absența unei reglementări de detaliu, deoarece Codul civil român consacră puține



Scanned with OKEN Scanner

articole răspunderii civile delictuale în general (art.998 - 1003) şi doar un aliniat (art.1000 alin.2) răspunderii pentru faptele ilicite cauzate de minori.

Cu privire la răspunderea civilă pentru faptele ilicite săvârşite de cei puşi sub interdicţie, nu există o reglementare expresă.

Pe de altă parte, există în doctrină controverse în ce priveşte fundamentul răspunderii pentru faptele ilicite ale minorilor sau ale persoanelor puse sub interdicţie.

În sfârşit semnalăm şi caracterul neunitar al jurisprudenţei în materie, fapt ce amplifică şi mai mult complexitatea problematicii.

Principiile care guvernează materia sunt subordonate, pe de o parte, necesităţii existenţei condiţiilor generale ale răspunderii civile delictuale: fapta ilicită; prejudiciul; raportul de cauzalitate dintre faptă şi prejudiciu; vinovăţia, iar pe de altă parte preocupării constante de a asigura protecţia intereselor victimei.

Ar fi excesiv de oneros şi evident, inechitabil, ca societatea, prin instrumentul său juridic purtător al puterii publice, statul, să nu se preocupe de drepturile şi interesele indivizilor care o alcătuiesc, decât în limitele interesului social, lăsând victimele unor fapte ilicite, pradă inadvertenţelor de ordin legislativ.

Nu-i mai puţin adevărat că viaţa, prin dinamica ei, tinde să scape normei juridice şi transformă adeseori pe păzitorii legii în actori inabili.

Cum se conciliază deci principiile răspunderii civile consacrate de Codul civil român, care fundamentează răspunderea civilă numai pe culpă (vinovăţie) cu necesitatea reparării unor prejudicii şi în cazul când problema vinovăţiei este foarte greu de dovedit?

Suntem deci în faţa dilemei dacă o persoană, care nu a împlinit vârsta majoratului, sau o persoană pusă sub interdicţie, trebuie sau nu să răspundă civil delictual, pentru faptele ilicite săvârşite.

**II. Răspunderea civilă delictuală a minorilor**

Într-o primă apropiere a problematicii, trebuie să observăm că în materia răspunderii civile delictuale nu interesează vârsta minorului, aceasta putând fi sub 14 ani sau între 14 şi 18 ani. Deci nu ne preocupă aici aspectele legate de capacitatea de exerciţiu a persoanei, care este aptitudinea persoanei de a încheia acte juridice civile, deci de a exercita drepturi şi obligaţii civile.

Capacitatea de exerciţiu se dobândeşte, potrivit Decretului nr.31/1954 privitor la persoanele fizice şi juridice, la împlinirea vârstei de 18 ani. potrivit art. 9 din Decretul nr. 31/1954 "*Minorul care a împlinit vârsta de paisprezece ani are capacitatea de exerciţiu restrânsă*".



Scanned with OKEN Scanner

De asemenea, potrivit art. 8 din Decretul nr.31/1954 "*Minorul care se căsătoreşte dobândeşte, prin aceasta, capacitate deplină de exercițiu*".

Toate aceste reguli juridice enumerate nu au relevanță în planul răspunderii civile delictuale (1).

În materia răspunderii civile pentru faptele ilicite cauzatoare de prejudicii noțiunea de relevanță juridică este capacitatea delictuală. Aşa cum s-a arătat în doctrina juridică, unica cerință pentru existența capacității delictuale este existența efectivă a discernământului şi nu împlinirea unei anumite vârste (2).

Prin urmare, existența capacității delictuale a persoanei se reduce la o problemă de dovadă a discernământului.

Pentru a înlesni dovada răspunderii civile delictuale, prin lege se stabileşte o prezumpție relativă (*iuris tantum*) de existență a discernământului, începând cu împlinirea vârstei de 14 ani.

Astfel, potrivit art. 25 alin. 3 din Decretul nr.32/1954 "*minorii care nu au împlinit vârsta de 14 ani nu răspund pentru fapta lor ilicită, decât dacă se face dovada că au lucrat cu discernământ*".

Fiind vorba de o prezumpție relativă ea este susceptibilă de probă contrarie. Pe de altă parte, pe cale de interpretare, *per a contrario*, urmează să constatăm că legea instituie o prezumție de lipsă de discernământ anterior împlinirii vârstei de 14 ani.

De aceea minorul care nu a împlinit vârsta de 14 ani răspunde civil delictual numai dacă se face dovada că a lucrat cu discernământ (3).

În ce priveşte problema discernământului se impun a fi făcute următoarele precizări.

Fapta ilicită este o manifestare exterioară, obiectivă a individului, care are ca antecedent un proce psihic complex, de conştiință şi voință.

Factorul de conştiință sau intelectiv apare ca un proces intern, psihic, de prefigurare a unor scopuri, de cântărire a mijloacelor de realizare, de transformare a scopurilor în motivații a unor posibile conduite.

Vinovăția, ca atitudine psihică a autorului faptei ilicite, față de faptă şi urmările acesteia presupune deci, mai întâi, existența factorului intelectiv, de conştiință.

Factorul intelectiv presupune pe de o parte, un anumit grad de dezvoltare a puterii de cunoaştere umană în general, condiționat de dezvoltarea ştiinței la un moment dat, iar pe de altă parte, puterea de cunoaştere în concret de către subiectul de drept a semnificației sociale a faptelor sale şi a urmăririlor acestora.

Este deci necesar a se preciza unele criterii prin care să se stabilească, în funcție de circumstanțele reale sau personale ale



Scanned with OKEN Scanner

cazului, dacă făptuitorul a fost dotat cu discernământ la momentul săvârşirii faptei ilicite şi deci, dacă a acţionat sau nu vinovăţie.

Facem precizarea că problema stabilirii discernământului este în primul rând o problemă de ordin medical, însă judecătorul sau o altă autoritate publică competentă poate întrebuinţa şi alte mijloace, probe, pentru a se determina în concret dacă există sau nu vinovăţie.

Precizăm că atitudinea de conştiinţă şi voinţă care definesc vinovăţia face necesară o investigare complexă, pentru a se surprinde modul în care conştiinţa generează cauzalitatea psihică - în sensul că prefigurează însuşi mersul cauzal al lucrurilor, iar voinţa declanşează cauzalitatea fizică a faptei (5).

În dreptul civil, în cazul răspunderii civile delictuale doctrina şi jurisprudenţa au oscilat între două concepţii: una care militează pentru adoptarea unui criteriu subiectiv, concret, pornindu-se de la capacitatea efectivă concretă a individului de a aprecia semnificaţia faptelor sale şi altul obiectiv, care presupune raportarea atitudinii autorului la un model de comportament abstract, anume omul normal, avizat, prudent (*bonus pater familias*).

Problema răspunderii civile delictuale a minorului trebuie analizată şi în raport de prevederile art.1000 alin.2 C.civ. Acest text legal fundamentează răspunderea părinţilor pentru faptele ilicite săvârşite de copiii lor minori.

În literatura juridică s-a considerat că pentru a se declanşa răspunderea părinţilor pentru faptale copiilor lor minori este nevoie ca victima să facă dovada existenţei condiţiilor generale ale răspunderii civile delictuale, însă nu este nevoie ca minorul să fi săvârşit fapta cu vinovăţie.

Prin urmare părinţii răspund şi în cazul în care copilul lor minor a fost lipsit de discernământ la momentul săvârşirii faptei ilicite (6).

Această soluţie a fost fundamentată pe ideea că părinţii sunt primii răspunzători de faptele ilicite ale copiilor lor minori, deoarece ei sunt aceea care trebuie să vegheze la creşterea şi educarea copiilor.

Astfel, potrivit art.101 din Codul familiei părinţii "*sunt obligaţi să crească copilul, îngrijind de sănătatea şi dezvoltarea fizică, de educarea, învăţătura şi pregătirea profesională a acestora*".

Din economia textului se degajă o exigenţă sporită faţă de modul de exercitare a drepturilor şi obligaţiilor părintelui de către părinţi.

S-a apreciat că în sarcina părinţilor operează o triplă prezumpţie:

1. Prezumpţia că în exercitarea îndatoririlor ce le reveneau faţă de copilul minor au existat abateri;
2. Prezumpţia de cauzalitate între neîndeplinirea îndatoririlor ce le reveneau şi comiterea de către minori a faptei ilicite cauzatoare



Scanned with OKEN Scanner

de prejudicii;

3. Prezumpția vinovăției părinților.

Soluțiile la care a ajuns doctrina au fost îmbrățișate şi de către jurisprudență (7).

Este vorba fără îndoială de o concepție care dorește să protejeze victima prejudiciului, însă care vine în contradicție cu principiul fundamental al răspunderii civile, anume răspunderea bazată pe vinovăție.

Nimeni nu poate fi obligat să răspundă pentru ceea ce nu-i este imputabil.

De aceea soluțiile pronunțate în sensul răspunderii părinților şi pentru faptele săvârşite de minorii lipsiți de discernământ sunt discutabile (8).

Aceasta cu atât mai mult cu cât potrivit art.1000 alin.5, părinții pot fi exonerați de răspundere dacă probează că n-au putut împiedica faptul prejudiciabil.

Ce fel de probe ar putea aduce părintele în acest sens, câtă vreme el răspunde pentru culpa în supravegherea minorului şi culpa în creştere şi educare?

De aceea în doctrină au fost făcute unele propuneri de lege ferenda, în sensul de a se consacra, expresie verbis, ideea că răspunderea părinților izvorăşte din însăşi calitatea de părinte şi că fundamentul ei este garanția generală față de terți.

N-a fost însă totuşi rezolvată problema răspunderii în lipsa discernământului minorului, care, volens nolens, contrazice principiul răspunderii axate pe culpă din Codul civil roman.

Precizăm că soluția răspunderii civile a părintelui pentru fapta minorului lipsit de discernământ nu presupune distincția între lipsa discernământului provocată (spre exemplu prin beție sau hipnoză) şi lipsa discernământului datorată unei boli psihice.

În dreptul penal asemenea distincție se face, astfel că lipsa discernământului este cauza exoneratoare de răspundere penală, prin lipsa vinovăției, cu excepția cazurilor când a fost voluntar provocată (spre exemplu beția voluntară) (9).

Menționăm că lipsa discernământului minorului este cauza exoneratoare de răspundere atunci când se pune problema răspunderii minorului pentru fapta proprie.

Minorul răspunde pentru fapta proprie în baza art.998 C.civil, iar fundamentul răspunderii părintelui este art.1000 alin.2 din Codul civil.

În doctrină şi practica judiciară s-a statuat că părintele răspunde pentru faptele copilului său minor şi în cazul când minorul a săvârşit



Scanned with OKEN Scanner

fapta fiind internat în spital, într-o instituție de orcrotire sau când a fugit de la domiciliu.

De asemenea răspunde şi părintele care se află în timpul executării unei pedepse privative de libertate, în baza principiului *nemo auditur propriam turpitudinem allegans* (nimeni nu poate invoca propria culpă pentru a beneficia de protecția unei norme juridice).

Probleme deosebite se pun în situația în care făptuitorul minor lipsit de discernământ săvârşeşte o faptă ilicită şi nu există persoană chemată de lege să răspundă de prejudiciul cauzat. Această problemă este valabilă şi pentru ipoteza făptuitorului major lipsit de discernământ. Legislația unor țări admite în asemenea situații obligarea autorului la repararea prejudiciului în funcție de situația materială a acestuia (10).

**III. Problema răspunderii civile delictuale a bolnavilor psihici şi a persoanelor puse sub interdicție**

Boala psihică gravă poate avea efecte sociale periculoase conducând la săvârşirea unor infracțiuni de către persoanele afectate de maladia psihică.

Riscul apariției şi multiplicării comportamentului de tip deviant ca un fenomen "*normal*" de adaptare la starea de anomie aşa cum îl descrie *Durckheim* sau ca un comportament "*inovativ*" în viziunea mai pragmatică a lui *Merton*, creşte foarte mult în epocile de tranziție (11).

Originea bolii psihice este complexă, nu interesează aici această problemă, însă legea nu oferă întotdeauna o soluție juridică adecvată.

Astfel cu referire la problema răspunderii civile a bolnavilor psihici, alienația şi debilitatea mintală fiind stări exclusive de discernământ, au ca efect exonerarea de răspundere a făptuitorului.

Starea de iresponsabilitate (adică acea stare biologică şi psihică care împiedică pe subiect să-şi dea seama de acțiunile sale şi să-şi poată dirija actele în raport cu cunoaşterea împrejurărilor în care acționează au un caracter de excepție, în timp ce starea de responsabilitate este starea normală a oricărei persoane (12).

Legiuitorul nu a simțit nevoia să definească condițiile în care o persoană este responsabilă de actele sale, ci a reglementat doar situațiile de excepție.

O asemenea situație este şi cazul persoanelor puse sub interdicție.

Interdicția judecătorească a fost definită ca fiind o măsură de ocrotire, de drept civil care se ia de către o instanță judecătorească față de persoana fizică lipsită de discernământul necesar pentru a se îngriji de interesele sale datorită alienației sau debilității mintale, constând în lipsirea de capacitate, de exercițiu şi instituirea tutelei (13).

Potrivit legii pot fi puşi sub interdicție şi minorii.

Scanned with OKEN Scanner

În legătură cu răspunderea civilă delictuală a persoanelor puse sub interdicție trebuie să pornim de la realitatea că potrivit legii pot fi puși sub interdicție numai alienații și debilii mintali. Prin urmare cel interzis pe cale judecătorească este întotdeauna o persoană lipsită de discernământul faptelor sale deoarece alienația și debilitatea mintală sunt stări exclusive de discernământ.

S-au exprimat în doctrină două concepții:

Într-o concepție se consideră că cei puși sub interdicție trebuie asimilați cu minorul care nu a împlinit vârsta de 14 ani. Aceasta ar însemna că trebuie aplicate prin analogie prevederile art.25 din Decretul nr.32/1954 și deci răspunderea interzisului va fi angajată numai dacă victima prejudiciului va reuși să facă dovada că la momentul comiterii faptei ilicite prejudiciabile interzisul a acționat cu discernământ (14).

Din punct de vedere juridic asimilarea celui pus sub interdicție cu minorul aflat sub vârsta de 14 ani este inacceptabilă, deoarece potrivit prevederilor Decretului nr.31/1954, punerea sub interdicție este condiționată de următoarele:

1. lipsa discernământului;
2. cauza lipsei de discernământ trebuie să fie alienația sau debilitatea mintală;
3. lipsa de discernământ să nu permită persoanei să se îngrijească de interesele sale (15).

Prin urmare câtă vreme însăși legea condiționează măsura punerii sub interdicție de lipsa discernământului, cel pus sub interdicție este întotdeauna o persoană lipsită de discernământul faptelor sale.

Așa fiind ni se pare corectă din punct de vedere științific o a doua concepție exprimată în doctrină, care susține că nu se poate asimila situația interzisului cu a minorului aflat sub vârsta de 14 ani, deoarece efectele celor două situații (minoritatea și interdicția) sunt diferite.

Astfel, minoritatea care este o stare de fapt, are ca efect lipsirea persoanei în funcție de vârsta sa, de capacitatea de exercițiu, ex lege, iar problema discernământului minorului este și ea o stare de fapt susceptibilă a fi probată prin orice fel de mijloc de probă.

Interdicția este o stare juridică, o instituție care produce efecte juridice.

Minoritatea și punerea sub interdicție nu se compară în planul efectelor (lipsei de capacitate de exercițiu) pentru a face judecăți de valoare în planul răspunderii civile delictuale, ci se raportează la capacitattea delictuală, în funcție de care minorul sau interzisul răspunde civil delictual.

Din acest punct de vedere cea de-a doua concepție produce argumente peremtorii (16).



Scanned with OKEN Scanner

Se apreciază că în cazul interzisului lipsa de discernământ este perpetuă.

Aşa cum s-a arătat în teoria medicală de specialitate, faptele bolnavilor psihici duc la iresponsabilitate, deoarece prin alienare aceşti bolnavi se înstrăinează de ei înşişi şi nu mai păstrează conştiinţa interrelaţiilor sociale şi a faptelor proprii. Există boli psihice care sunt exclusive de discernământ cu caracter perpetuu (17).

Având în vedere specialitatea bolii psihice şi efectele ei asupra individului, nu putem fi de acord cu colcluzia celei de-a doua concepţii prezentate, care susţine că, dacă interzisul judecătoresc a împlinit vârsta de 14 ani, până la proba contrarie, se prezumă că acesta a lucrat cu discernământ.

După părerea noastră, fundamentată pe concluziile furnizate de ştiinţa medicală, punerea sub interdicţie declanşează o prezumpţie absolută şi irefragabilă (*iuris et de iure*) de lipsa totală de discernământ, prin urmare de lipsă de vinovăţie.

Iată deci că, în mod logic, trebuie să acceptăm că există situaţii şi în ceea ce priveşte minorii şi în ceea ce-i priveşte pe cei puşi sub interdicţie, când lipsa discernământului autorului probată sau prezumată, conduce la exonerarea de răspundere.

Cine va repara prejudiciul într-o asemenea situaţie?

Am văzut că în cazul minorilor s-a reglementat în art.1000 alin.2 răspunderea indirectă a părinţilor, care, se apreciază, că trebuie să răspundă şi dincolo de vinovăţia (discernământul) minorului.

S-a argumentat, de regulă această răspundere cu aceea că, dacă s-ar cere ca minorul să fi acţionat ci discernământ, se înlătură practic răspunderea părinţilor tocmai în acele cazuri când prezenţa lor în supravegherea, creşterea şi educarea copilului ar fi mai necesară (18).

Precizăm că doctrina juridică are uneori formulate critici severe la adresa fundamentării răspunderii juridice pe problema discernământului (19).

Este tot atât de adevărat că boala psihică şi faptele antisociale generate de ea ridică probleme sociale majore impuse de necesitatea protejării intereselor victimelor. Aşa cum s-a spus "*Înstrăinarea este procesul măririi fondurilor materiale şi spirituale ale omului peste făcătorul lor*".

Ea transformă binele în rău şi perverteşte bucuria vieţii în blestemul de a fi trăită.

Aşa fiind, societatea trebuie să-şi asume riscul unor asemenea situaţii ieşite din cadrul normalităţii şi să găsească pârghii juridice care să înlăture efectele negative suferite de victimele faptelor ilicite, atunci când autoprii n-au discernământul faptelor lor.



Scanned with OKEN Scanner

Pe lângă soluția art.1000 alin.2 Codul civil, care reprezintă totuşi un text fragil şi insufcicient, se impune, de lege ferenda, după părerea noastră, un sistem de garantare a reparării prejudiciului față de victimă, prin care, în cazul în care nu există părinți care să fie făcuți răspunzători pentru fapta minorilor în baza Codului civil, să răspundă persoana care este ținută de obligația legală de întreținere, conform Codului familiei.

Dacă o astfel de persoană nu există, statul, printr-un organism specializat să repare el prejudiciul produs. Această soluție poate fi aplicabilă şi pentru cel pus sub interdicție, care a împlinit vârsta de 18 ani.

Nu se poate pune problema răspunderii tutorelui pentru prejudiciile cauzate de minorii sau interzişii aflați sub tutelă, deoarece obligațiile sale sunt expres determinate de lege şi fundamentul ocrotirii prin tutelă este altul.

De asemenea considerăm acceptabilă şi soluția despăgubirii victimei prejudiciului din bunurile celui care a săvârşit fapta ilicită, având în vedere starea sa materială şi necesitatea de a se susține prin bunurile sale, propria întreținere, urmând ca soluția reparării de către stat a prejudiciului să se facă în subsidiar.

(1). *Gh. Beleiu*: Drept civil, Introducere în dreptul civil. Casa de editură şi Presă "Sansa" S.R.L., Bucureşti, 1992, pag. 277-289.

(2). *C. Stătescu, C. Bîrsan*: Teoria generală a obligațiilor, Editura All, Bucureşti, 1994, pag. 182.

(3). *L. Pop*: Drept civil, Teoria generală a obligațiilor, vol. I, editura Fundației "Chemarea", Iaşi, 1993, pag. 235; *P.M. Cosmovici*, Drept civil. Drepturi reale. Obligații. Legislație, editura All, 1993, pag. 178.

(4). *C. Stătescu, C. Bîrsan*: op. cit., pag. 177.

(5). *V. Dongoroz, S. Kahane, I. Oancea, I. Fodor, N. Iliescu, C. Bulai, R. Stănoiu:* Explicații teoretice ale Codului penal român, vol. I, Partea generală, Editura Academiei, Bucureşti, 1969, pag. 115; A se vedea şi Boris Starck, Droit civil. Obligation. Responsabilite delictuelle, troisieme edition, Litec, Paris, 1988, pag. 469 şi urm.

(6). *C. Stătescu, C. Bîrsan*: op. cit. pag. 198.

(7). Tribunalul Suprem, Col. civ., dec. nr. 296/27 03 1962 în CD, 1962, pag. 147; În această speță s-a reținut răspunderea civilă a părinților pentru pagubele cauzate, printr-un incendiu, de copilul lor în vârstă de 5 ani. A se vedea în acelaşi sens, Tribunalul Suprem Dec. nr. 160/24 01 1973, pag. 172.

(8). *I.P. Filipescu*: Drept civil, Teoria generală a obligațiilor; Editura Actami, Bucureşti, 1994, pag. 139 - 140.

(9). *G. Antoniu:* Vinovăția penală, Editura Academiei Române, Bucureşti, 1995, pag. 241, şi urm. S-a decis astfel că starea de beție voluntară nu atrage exonerarea de răspundere, chiar dacă starea de beție, pe fondul unei boli psihice preexistente a afectat capacitatea agentului de apreciere critică a faptelor şi de inhibiție, Tribunalul Suprem, Sect. penală, Dec. nr. 524/1971, în Revista Română de Drept, nr. 8/1978. A se vedea şi *R.Garaud:* Traite theorique et practique de droit penal francais, tome premier, troisieme edition, Sirey, Paris, 1913, pag. 659 - 663; *Tulio Padovani:* Diritto penale,



Scanned with OKEN Scanner

Giugffre editore, Milano, 1990, pag. 239.
(10). *G. Marty:* L'experience francaise en matiere de responsabilite civile et les einsegnements du droit compare în Melanger offerts a J. Maury, II, Paris, 1960, pag. 188, notele 62 şi 63.
(11). *R.K. Merton:* Social structure and Anomie, în Social Theory and Social Structure, Glencoe, Free Press, 1957; *R.M.Stănoiu:* Tranziția şi criminalitatea, Editura Oscar Print, Seria criminologie, Bucureşti, 1994.
(12). *G.Antoniu:* op. cit., pag. 214; *Giuseppe Betiol:* Dirito Penale, partea generale, Otava edizione, Cedam, Padova, 1973, pag. 377.
(13). *Gh. Beleiu:* op. cit., pag. 300.
(14). *C.Stătescu:* Drept civil, Persoana fizică, Persoana juridică, Drepturile reale, editura Didactică şi Pedagogică 1970, pag. 336; *C.Stătescu, C.Bîrsan:* op. cit., pag. 182.
(15). *Gh.Beleiu*: op. cit., pag. 301.
(16). *M Eliescu*: Răspunderea civilă delictuală, Editura Academiei României, Bucureşti, 1972, pag. 230 - 232.
(17). *Gh.Scripcaru, M.Terbancea:* Patologie medico-legală, Editura didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1983, pag. 415 şi urm.; *I. Aubrion*: Essai sur la comportament humaine, l'Expansion, Paris, 1971; *I. Biberi*: Essai sur la condition humaine, Litera, Bucureşti 1971; *Benoit Guy:* Desequillibre psihique et demence, PUF, Paris, 1960.
(18). *C. Turianu*: Răspunderea juridică pentru faptele penale săvârşite de minori, Editura Continent XXI, Bucureşti, 1995, pag. 228.
(19). *G. Solomonescu*: Minorul în dreptul penal modern, Bucureşti, 1937, pag. 127 - 132; *Ferriani Lino*: Como, ed. 1901, Recine Aime, Les enfants traduits en justice, Paris, 1935.
(20). *I. Deleanu*: Biologie şi Drept, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1983, pag.8-9.
(21). Pentru protecția deficienților mintali a se vedea Declarația drepturilor deficienților mintali, proclamată de Adunarea Generală a O.N.U., în *I. Cloşca, I. Suceavă:* Tratat de drepturile omului, editura Europa Nova, 1995, pag, 197 - 198; Idem pentru protejarea copilului, Declarația cu privire la drepturile copilului adoptată la Geneva în anul 1924, "Declarația drepturilor copilului" adoptată de Adunarea Generală a O.N.U., la 20 XI 1959, Pactul internațional privind drepturile economice, sociale şi culturale, în aceeaşi lucrare, pag. 180 - 197.

## PENTRU O SUPLĂ ŞI DINAMICĂ APLICARE A MĂSURILOR DE SIGURANȚĂ

Prof. Dr. T. UDRIŞTOIU, Conf. Dr. D. MARINESCU
Clinica de Psihiatrie Craiova

Aceste măsuri se aplică în situația discernământului diminuat sau abolit, stabilit de expertiza psihiatrică. Utilizarea reală, practică a măsurilor de siguranță, este grevată de dificultăți obiective şi subiective.

**A. Dificultăți obiective:**



Scanned with OKEN Scanner

- discrepanța între gravitatea infracțiunii, aspectul său patologic şi lipsa "de probe" sau argumente psihiatrice, care să justifice o încadrare diagnostică. Este cazului stadiului prodromal al schizofreniei sau tulburărilor psiho-organice.

- discrepanța dintre gravitatea bolii, evoluția defavorabilă şi infracționalitatea minoră.

În prima situație este necesară investigarea şi menținerea în observație pe o lungă durată, impunându-se măsuri de internare obligatorie, dar cu revizie periodică, precizată prin hotărâre judecătorească, la fiecare nouă reevaluare, putându-se lua decizia finală. În asemenea situație evaluarea diagnostică trebuie să beneficieze de investigarea clinică, paraclinică şi psihologică efectuată la cele mai înalte nivele de competență.

În a doua situație alterarea profundă a funcționalității şi integrării personalității impune instituționalizarea în unități psihiatrice sau de protecție socială. În ambele cazuri pacientul are nevoie de îngrijiri specifice pe durată îndelungată, mai ales în situația lipsei suportului social şi familial.

Încadrarea în art.114 C.P. incumbă, pe lângă aspectele de responsabilitate etică şi juridică, şi probleme economice, costul şi îngrijirea unui asemenea bolnav nefiind deloc de neglijat (formula cost).

**B. Dificultăți subiective**:

- remisiuni de bună calitate şi lungă durată;
- comiterea infracțiunii în situații circumstanțiale favorizante;
- bună integrare socială, familială şi profesională în momentul funcțional.

În această perspectivă, aplicarea măsurilor de siguranță trebuie să fie elastică, flexibilă, urmărind atât protecția societății față de bolnav, cât şi protecția intereselor bolnavului în perspectiva recuperabilității.

Dificultățile de încadrare sunt de o mai mică importanță decât dificultățile de comutare a măsurilor de siguranță, atât de la nivelul Art.114 la 113 C.P., cât şi de la acest nivel la ridicarea măsurii de siguranță. Trecerea de la măsuri de siguranță 114 la măsuri de siguranță 113 - considerăm că trebuie făcută pe baza unui indice de recuperabilitate în care se analizează o serie de indicatori ai perioadei preinfracționale, momentul infracțional şi evoluția post-infracțională.

În situația bolnavilor schizofreni cu infracțiunea crimă de omor, am efectuat mai multe studii privind factorii de predicție ai comiterii infracțiunii. Principalii factori de risc ar fi: sexul masculin, evoluție îndelungată cu multiple recăderi, consumul de alcool cu perturbarea raporturilor interpersonale, nivel socio-cultural scăzut sau deteriorare cognitivă, tratament de întreținere discontinuu, formă clinică paranoidă.



Scanned with OKEN Scanner

Din punct de vedere nosografic facem distincția între: comportamentul antisocial şi infracțional al bolavilor cu:

1. Psihoze endogene în care gradul de recidivă pentru infracțiune deosebit de gravă este relativ scăzut, direct proporțional cu nivelul de recuperare clinic şi capacitatea de reinserție socio-familială.

Factorii defavorabili sunt reprezentați de spitalizarea prelungită şi rezistența terapeutică.

2. Psihozele apărute pe fond psihoorganic constituie un grup nosologic cu potențialitate mare de recurență a modalității infracționale în circumstanțe identice cu cele prezente şi la prima infracțiune.

În acest context ținem să subliniem că o serie de pacienți cu psihoze endogene, schizofrenie în special, cu semne negative de boală, prezintă o lezionalitate cerebrală fie primară, fie secundară agresivității terapiei neuroleptice sau a metodelor terapeutice de şoc (TEC, insulinoterapie). Facem această precizare întrucât aceşti bolnavi au o durată de peste 20 ani în medie de la evoluția bolii şi în concordanță cu datele actuale din literatură (Crow 1986, Liberman 1993, Andreasen 1994), frecvența atrofiilor corticale şi a ventriculo-megaliei obiectivate prin tehnici neurobiologice este cifrată la peste 96 din cazuri.

3. Sindroamele psihoorganice însoțite de deterioare cognitivă accentuată au un grad nul de recuperabilitate.

Consecința acestei perspective în corelare cu numărul mare de bolnavi cu psihoze endogene (pe statistica noastră 65 din cazuri) aflați sub incidența Art.114 C.P., este aprecierea exactă a momentului oportun comutării măsurilor de siguranță în Art.113 C.P.. Din aceste motive pledăm pentru elaborarea indicelui de recuperabilitate:

$$\frac{\text{Perioada preinfracțională + momentul infracțional}}{\text{Gradul de remisiune + nivelul de integrare}} = K$$

Noi am folosit următorii indicatori:

A. Perioada preinfracțională:

a.- date de identificare (sex, vârsta actuală, profesiune, stare civilă, nivel socio-cultural, mediul social de proveniență).

b.- date privind boala: vârsta debutului, intervalul de la debut infracțiune, vârsta în momentul comiterii infracțiunii, forma de debut, forma clinică, (pozitivă, paranoidă şi negativă), forma de evoluție.

B. Momentul infracțional:

a.- modalitatea infracțională:



Scanned with OKEN Scanner

- reactivă;
- paroxist-impulsivă;
- sadică (multiplă).

b.- aspecte victimologice.

C. Perioada post-infracțională:

a.- durata spitalizării după infracțiune;

b.- remisiunea sub tratament;

c.- decompensări (recăderi) pe perioada spitalizării;

d.- evenimente psihiatrice nedorite (conflicte, consum de alcool, agresivitate, fugă din spital, comportament auto-agresiv);

e.- integrarea socio-ergo-terapeutică;

f. - durata remisiunii terapeutice.

Pierderea momentului optim de externare a bolnavului conduce la modificări dramatice ale evoluției:

- reacutizări, recăderi cu evoluție defavorabilă, confirmând ipoteza lui Luc-Chompi în ceea ce priveşte intervenția factorilor de stres în mediul spitalicesc ca şi factori de agravare ai evoluției psihozei.
- Comportament suicidar "depresiile reactive situaționale" ce au condus în 2,6% din cazuri la suicid finalizat;
- pierderea suportului familial, pacienții fiind abandonați de familie, fenomen ce accentuează primele două evenimente nedorite.

În acelaşi context această atitudine restrictivă privind comutarea măsurilor de siguranță conduce şi la creşterea evenimentelor nedorite din cursul spitalizării ulterioare:

- fuga din spital
- consumul de alcool
- comiterea unor infracțiuni în mediul spitalicesc.

Ca o problemă predominant juridică este situația bolnavilor cu infracțiuni deosebit de grave (crime de omor) ce au prezentat tulburările psihotice în timpul detenției, au beneficiat de măsura întreruperii pedepsei, iar în situația remisiunii afecțiunii nu pot fi trecuți în Art.113 C.P. întrucât urmează a executa în continuare pedepsa penală.

## DREPTUL LA TUTELĂ - DEZVOLTĂRI ŞI EXPERIENȚĂ

Dr. G. KOTSCHICK
Secția de Psihiatrie Spitalul Maria Euskirchen Germania

**Introducere**

Fundamentele teoretice ale noului drept de asistență derivă cel mai la îndemână din însăşi legea (§1896 aliniat 1 prop.1 Codul Penal



Scanned with OKEN Scanner

Federal); un tutore pentru o persoană majoră se poate însărcina numai dacă respectiva persoană suferă de o boală psihică, o deficiență mintală, psihică sau corporală şi ca urmare a acestei boli sau deficiențe, nu este în stare de a se îngriji de una sau toate treburile sale. Conform noii jurisdicții, aceste premize, singure, nu sunt suficiente, pragul de intervenție pentru ordonarea unui tutore fără voia persoanei în cauză este mai ridicat.

Pragul crescut pentru intervenție, ca şi problemele în legatură cu sfera de sarcini a asistenței pentru sănătate, sunt obiectul discuției ce urmează.

**Măsuri fără voința persoanei în cauză**

Corespunde ideii fundamentale a noii legi de tutelă faptul că toate măsurile, inclusiv cele luate fără voia persoanei de tutelat, trebuie să servească binelui acesteia.

În aplicarea practică a noului drept de tutelă, au apărut probleme în legatură cu drepturile de libertate protejate de Constituție ale persoanei de tutelat (art.2 Constituție) înainte de toate, în ce privește posibilitatea luării unor măsuri fără voia ei. Concret, această chestiune dobândeşte importanță deja la numirea tutorelui. Încă din 1993 există o luare de atitudine a Tribunalului Suprem Bavarez, în următorul sens: "Numirea unui tutore presupune ca persoana de tutelat, care nu este de acord cu acesta, să fie într-o stare mintală sau psihică în care nu poate dispune liber de voința sa." Există şi alte hotărâri ale aceluiaşi tribunal, de exemplu în 1994 (date detailate la autor), după care, aceleaşi principii sunt valabile şi pentru cazul unor boli cu evoluție în faze sau pusee: "Nu se poate numi un tutore decât pentru perioada în care persoana de tutelat care nu este de acord cu tutela, nu poate dispune liber de voința sa din cauză de boală, deficiență mintală sau psihică. Acest lucru este valabil şi la boli care evoluează în pusee. La bolile care evoluează în pusee, termenele de revizuire trebuiesc stabilite ținând cont de evoluția anterioară a bolii. Tutorele este supus la obligații majore de comunicare, conform "§1901 IV S.1 Cod Penal."

Tribunalul Suprem al Landului Hamm, comunică acest concept juridic. În motivare, se expune faptul că numirea tutorelui este o intervenție în dreptul de autoconducere a persoanei în cauză, care nu se poate justifica decât "dacă în urma bolii sale nu-şi poate exercita acest drept de autoconducere". Astfel, nu orice boală sau deficiență mintală sau psihică justifică stabilirea unui tutore.

Prin această nouă jurisdicție care prevede un alt prag pentru stabilirea unui tutore şi dincolo de acesta, pentru premiza de acord, internare în unități închise şi alte măsuri de plasament (referiri la legislație la autor), pentru medic şi expert se nasc sarcini noi. Pentru a



Scanned with OKEN Scanner

lua atitudine în problematica provocată în noua jurisdicție, expertul trebuie informat în fiecare caz.

**Probleme în legatură cu sfera de sarcini ale asistenței pentru sănătate**

Deja, la inițierea problemelor legate de sfera de sarcini ale asistenței pentru sănătate, ar trebui verificat dacă, şi în ce masură persoana în cauză este capabilă sau nu de a-şi da acordul pentru tratamente medicale, şi aici trebuie precizat faptul că boala sau deficiența psihică, respectiv mintală în nici un caz nu duce în mod automat la incapacitatea persoanei în cauză de a-şi da acordul, deci inițierea asistenței pentru sănătate se face numai în absența capacității de a fi de acord.

Există date în literatură după care orice tratament medical presupune acordul pacientului sau a reprezentantului său. În acest sens, tutorele, în conformitate cu legea tutelei, în calitate de reprezentant al tutelatului poate hotărâ şi da acordul şi atunci când tutelatul, în sensul natural, nu este capabil de discernământ. În sensul legii tutelei, pretenția la capacitatea de discernământ al tutelatului este mai mica decât în cazul capacității de a exercita drepturi civile. Fiind suficientă aici o capacitate naturală de a înțelege şi de a dirija treburile în conformitate cu "maturitatea mintală şi etică pentru a aprecia semnificația şi importanța intervenției". În orice caz, tutelatul trebuie să fie în stare să cântărească pro şi contra aspectele tratamentului. Dacă tutelatul este capabil să-şi dea acordul, se exclude orice coerciție de tratament. La lipsa de discernământ, tutorele hotăreşte, iar în caz de dubiu asupra capacității de judecată a tutelatului, tutorele e obligat la o discuție clarificândă cu medicul care tratează. La asistatul incapabil de a-şi da acordul, este posibil, conform datelor din literatură (la autor), un tratament impus.

În ce priveşte acordul dat de tutore, literatura subliniază obligația verificării pe proprie răspundere a capacității tutelatului de a-şi da sau nu acordul. Hotărârea tribunalului de tutelă asupra extensiei cercului de sarcini ale tutelei cu referire la asistența de sănătate, are loc în cadrul unei prognoze generale, în timp ce tutorele este obligat să aprecieze în condițiile concrete date. Dacă tutelatul, în cazul concret, este sau nu capabil de a-şi da acordul depinde de aprecierea pe proprie răspundere a tutorelui. Acesta, în cazul incapacității tutelatului are dreptul de a-şi da acordul şi împotriva voinței tutelatului. Nu fac excepție nici tratamentele obligatorii, nici intervenții grave cu urmări de posibilă modificare a personalității, de exemplu tratamentele psihofarmacologice.

Pentru un tratament nou, în sfera sarcinilor de asistență de sănătate, rezerva acordului, după părerea autorului şi conform literaturii



Scanned with OKEN Scanner

nu este obligatorie şi teoretic nici posibilă, întrucât acordul nu poate fi dat decât fie de tutelat, fie de tutore. Dispunerea rezervei de acord în asistența de sănătate, are în orice caz sens numai în încheierea de contracte de tratament neindicate, în nici un caz pentru măsuri terapeutice individuale.

Codul Penal §1904, prevede că "acordul tutorelui cu investigarea stării de sănătate, aplicarea unui tratament sau unei intervenții medicale, necesită aprobarea tribunalului de tutelă, atunci când există pericolul serios ca tutelatul să poată deceda sau suferi alterări grave sau de durată în stare lui de sănătate. Excepție de sub această autorizație este numai situația în care amânarea ar produce pericole.

În comentariu la legea de tutelă se subliniază schimbarea formulării "dacă este de temut..." în formularea "dacă există un pericol motivat..." tocmai pentru a face clar că nu sunt suficiente temeri subiective, pericole obiective concrete. Ca alterare gravă a sănătații, se consideră de exemplu o paralizie, o boala mintală, o cașecsie sau de ex. pierderea unui membru, în timp ce termenul de "durată mai lungă" se referă la un an sau mai mult.

Expres, există obligația de acord pentru investigații riscante, intervenții riscante operative, dar şi tratamente psihofarmacologice discutabile. În continuare, este vorba de scopul, cantitatea şi tolerabilitatea medicamentului tinând cont totodată de interacțiuni cu alte medicamente. Dispoziția juridică a refuzat expres supunerea la obligația de acord a "oricărui tratament, nu numai trecător psihofarmacologic sau remedii cu efecte similare". Totuşi, înainte de toate trebuie ținut cont de situația cazului individual, fiindcă la 8-10% din tratamentele cu neuroleptice se pot lua în calcul dischinezii tardive. Se subliniază expres faptul că tratamente fără perspectivă, cu neuroleptice incisive, nu servesc binelui persoanei în cauză şi sunt de evitat.

Ca măsuri supuse obligației de acord sunt amintite tratamentele electroconvulsivante, operații pe creier şi acele tratamente psihofarmacologice care au efecte puternice de schimbare a personalității, dar şi aici trebuie cântărit riscul terapeutic.

Trebuie ținut cont de faptul dacă medicamentul respectiv este autorizat sau nu de oficiul federal, deci dacă riscurile de temut rămân sau nu în limitele "riscurilor generale" pe care legislatorul le consideră fireşti, ținându-se cont şi de interacțiuni cu alte medicamente.

Practica judiciară cunoscută de noi pare de regulă să nu pretindă o aprobare prin tribunalul de tutelă a măsurilor de tratament psihiatric. Hotărârea cade în competența tutorelui, care la rândul său trebuie să obțină toate lămuririle din partea medicală, pentru a judeca corect. Acest lucru este valabil, după experiența noastră, chiar şi pentru tratamentul cu



Scanned with OKEN Scanner

Clozapin sau tratamentul electoconvulsivant. O suprajuridizare a psihiatriei nu este în interesul pacienților noştri şi nici nu este solicitată de judecătorii cu care colaborăm.

Cred că nici tendinței tutorilor de a se sustrage oricărei responsabilități nu trebuie să-i acordăm sprijin. Bolnavul psihic sub tutelă, în fond este mai asigurat decât orice alt pacient, deoarece i se alătură o persoană care îl ajută în mod critic. Este sarcina acestui ajutor de a se informa din partea medicului despre avantajele, dezavantajele şi riscurile tratamentului pentru a-şi lua hotărârea.

**Încheiere**

Nu mă pot alinia la aprecierile pesimiste ale publicațiilor premergătoare despre drepturile de tutelă. Dimpotrivă, experiența mea personală este pozitivă. Colaborarea strânsă, impusă de noua lege a tutelei între judecători experți, medici terapeuți şi tutori în măsura în care pot aprecia eu, este în avantajul celui tutelat, ceea ce,evident presupune o dispoziție la dialog a tuturor acestor factori cu accent deosebit asupra relației între judecători şi experți în înțelegerea problemelor domeniilor de specialitate diferite între ele.

Că nu se pot îndepărta prin dreptul de tutelă toate dificultățile, mai ales în ce priveşte socioterapia dintr-un moment în altul a fost de aşteptat. Dreptul de tutelă a contribuit la conştientizarea problematicii bolnavilor noştri, o evoluție care ar fi fost dificilă fără acest cadru legal.

Noul drept de tutelă înseamnă un progres real care a întărit poziția juridică, dar şi interesele personale a celor în cauză, în final şi bolnavilor noştri psihici.

**Bilbliografie**


1. *Damrau,J., W. Zimmermann*: Bereuung und Vormundschft. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln 1995
2. *Dose, M.*: Spektrum Neuroleptika und andere Psychopharmaka. Aesopus, Basel 1993
3. *Jüngens. A., D. Kröger, R. Marschner, P.Winterstein*: Das neue Betreuungsrecht. Beck, München 1994
4. *Klüsener, B., H. Rausch*: Praktische Probleme bei der Umsetzung des neuen Betreuungsrechtes. NJW 46 (1993) 617-680
5. *Knittel, B.*: Betreuungsgesetz, Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschft und Pflegschaft für Volljährige, Kommentar. Schulz, Starnberg 1994
6. Münchener Kommentar zum BGB/Schwab, Band 8, Familienrecht II. Beck, München 1992
7. *Nedopil, N.*: Forensisch-psychiatrische Aspekte des Betreuungsrechts - Grundlagen und Erfahrungen. Krankenhauspsychiatrie 6 (1995) 74-78
8. *Röchling, W.*: Aufhebung der Entmundigung. Deutsches Äezteblatt 90 (1993) 1600 -1604




Scanned with OKEN Scanner

# FORME ŞI INSTANŢE ALE INTERNĂRII ŞI SPITALIZĂRII LA PSIHIATRIE. PARTICULARITĂŢI ŞI RESPONSABILITĂŢI

Prof. Dr. G.IONESCU, Dr. MARIE-JEANNE GEORGESCU,
Dr. RUXANDRA IACOB, Dr. MARIA IORGULESCU,
Dr. ILEANA PLĂVIŢU
Clinica de Psihiatrie Bucureşti

Internarea, ca şi spitalizarea, la psihiatrie prezintă anumite particularităţi şi implică, deseori, reale responsabilităţi.

Particularităţile sunt determinate de:

- *anxietatea* (ca boală sau numai ca manifestare ce acompaniază numeroase condiţii psihiatrice), care determină pacientul să solicite internarea cu mai multă insistenţă decât în alte domenii clinice, prezenţa corpului medical şi spitalizarea conferându-i tranchilizarea;
- *tulburările somatomorfe*, ca şi cele somatoform-hipocondriace, în care suferinţa psihică este incomparabil mai mare decât în bolile somatice "*corespunzătoare*", ceea ce aduce pacientul în situaţia de a solicita, uneori în mod repetat, spitalizarea.

În contrast cu aceste situaţii, în care se solicită cu insistenţă internarea (şi se doreşte a se prelungi, peste necesitatea terapeutică, spitalizarea) există numeroase situaţii în care este implicată responsabilitatea profesională şi morală a medicului. Astfel, responsabilitatea clinicianului este angajată cu precădere în:

- internările pacienţilor depresivi care, de cele mai multe ori, se supun, pasivi, insistenţelor familiei sau prietenilor în vederea internării;
- riscul de suicid întâlnit în mod deosebit la pacienţii depresivi dar şi în alte condiţii clinice; în depresii însă, acest risc este maxim la debutul tulburării când suicidul poate apare ca prim simptom al depresiei, ca uvertura unei simfonii nescrise, situaţie în care, refuzul internării (sau, mai bine spus, acceptarea neinternării pacientultu) se instituie într-un dramatic "*malpraxis*";
- internările pacienţilor deliranţi, care prin esenţa tulburării sunt noncomplianţi iar, de cele mai multe ori, în mod special refractari la orice încercare de internare sau de spitalizare.

În toate aceste situaţii, "*atât decizia de a spitaliza pacientul (împotriva voinţei sale), cât şi aceea de a nu spitaliza pacientul aflat în pericol sau cu nevoie de spitalizare pot avea consecinţe tragice*" (*T.G.Gutheil*, 1995, p. 2755).

De fapt, printr-un inerent reducţionism subliniem ceea ce psihiatrii cunosc foarte bine şi anume faptul că inacceptarea internării şi spitalizării ca şi noncomplianţa terapeutică a pacientului este concordantă cu



Scanned with OKEN Scanner

amploarea bolii şi a alienării sale. Aceasta este mult discutatul şi controversatul punct de întâlnire a psihiatrului cu etica şi cu justiția.

Sub alt unghi, în acest punct responsabilitatea profesională a medicului se află în fața responsabilității judiciare şi morale. Cu toate acestea, de cele mai multe ori, se acordă prioritate responsabilității profesionale, subliniindu-se faptul că "*toate statele prevăd o formă oarecare de spitlalizare involuntară*" (*H.I.Kaplan, B.J.Sadock*, 1991, p.823). Evident, la această intervenție se recurge "*atunci când bolnavii psihiatrici prezintă un pericol pentru ei înşişi şi pentru alții din mediu şi în măsura în care nevoia lor urgentă de tratament într-o instituție închisă este evidentă*" (Ibidem).

Controversele existente în opinia publică şi mass-media referitoare la internările involuntare sunt determinate de numeroşi factori, printre care menționăm:

- insuficienta cunoaştere a esenței bolii psihice, pe de o parte, şi a fenomenologiei clinice psihiatrice, pe de altă parte;
- pentru opinia publică, boala psihică este determinată de situații frustrante, posttraumatizante sau stresante şi este amoral ca o astefel de persoană să fie supusă stresului suplimentar al internării involuntare;
- potențialui de agresivitate şi chiar de periculozitate nu este corect evaluat în opinia publică deseori contrariată de internarea involuntară; astfel, într-o amplă cercetare (aflată în curs de publicare) am constatat că la noi în țară actele de agresivitate (oricât ar fi de bizare şi nemotivate) sunt a priori atribuite oamenilor cu sănătate mintală în limite normale şi nu pacienților psihiatrici. Chiar fapte flagrant delirante (ca prăjirea sânului iubitei) sunt prezentate (de către un cotidian bucureştean) ca senzaționale şi nici decum patologice;
- pe de altă parte, în plan formal, o internare involuntară constituie o încălcare atât a drepturilor omului cât şi a moralei profesionale;
- din spectrul larg al opiniei publice, avocații în primul rând (identificați cu simbolul de apărători), sunt contrariați de "*internările involuntare*" oferind nu numai prin opinia lor ci şi prin statutul lor profesional un plus de reliabilitate opiniei publice revoltate;
- dar ceea ce opinia publică ignoră sau eludează în atitudinea sa referitoare la pacientul psihiatric este conduita sa autolitică sau autodestructivă; în această situație el trebuie internat (împotriva voinței sale) pentru a putea fi apărat şi, desigur, tratat;
- evident, incriminați şi acuzați sunt în primul rând cei implicați: poliția şl psihiatria; la noi în țară, încă din 1980, poliția a fost absolvită de orice implicare, lăsându-se această grea povară, spre "*rezolvare*", pe seama familiei, vecinilor, prietenilor pacienților, sporindu-se în acelaşi timp, culpabilitatea psihiatrilor;



Scanned with OKEN Scanner

- în plus, atât la noi în țară cât şi în alte țări, opinia publică este dominată de "*concepția falsă că psihiatrii internează pacienții la propria lor inițiativă*" (*T.G.Gutheil*, 1995, p.2755);

- la rândul lor, psihiatrii devin tot mai puțin implicați în cazurile de internare involuntară pentru a nu fi culpabilizați; ei se retrag într-o comodă şi în fond culpabilizantă conduită expectativă lăsând această complicată şi uneori insolubilă problematică pe seama "*salvării*" generale care nu prezintă abilitățile necesare; în mod tacit, sub fațada respectării dreptului se structurează dreptul nonintervenției şi indiferenței profesionale.

În privința formelor internării şi spitalizării se impun următoarele precizări:

- se confundă în mod frecvent noțiunea de "*internare*" cu aceea de "*spitalizare*" cele două noțiuni fiind considerate, dar mai ales, folosite ca sinonime; deşi sferele acestor două noțiuni se suprapun într-o anumită măsură, nu trebuie omis faptul că:

- internarea constă în modul de aducere şi în spital, în timp ce

- spitalizarea are în vedere inserția în acest sistem al asistenței şi durata tratamentului spitalizat;

- în studiile de specializare se folosesc într-o lejeră şi prejudiciabilă sinonimie anumite adjective care sunt departe de a fi sinonime şi anume: internare "*involuntară*", internare "*obligatorie*", internare "*fără consimțământ*", internare "*de urgență*" sau chiar "*detenție civilă*". Din acest punct de vedere propunem:

- folosirea noțiunii de "*internare involuntară*" întrucât acest adjectiv (lat. *involuntarius*) = făcut fără voie defineşte, semnifică şi defineşte cu cea mai mare exactitate situația de fapt; aceasta cu atât mai mult cu cât, celelalte formulări sintagmatice desmnează cu oarecare aproximație situația în sensul că:

- "*internarea obligatorie*", (lat. *obligatio* = îndatorire, sarcină) prezintă o orientare centrifugă (porneşte de la intenția, dorința sau interesul insului) ori, aici, semnificația acestei forme de internare este de constrângere exterioară;

- "*internarea fără consimțământ*" (fr. *consentin* = încuviințare) de asemenea menționata (rareori) şi propusă spre a fi folosită de unii psihiatri, este mai îndepărtată sub aspect semantic de situația în discuție care implică necesitatea şi nu adeziunea nesilită şi încuviințarea;

- "*internarea de urgență*" nu este sinonimă cu internarea involuntară care, sub aspectul sferei (mai restrânse) se înscrie în prima; pe de altă parte:- nu orice internare de urgență este involuntară (ex. pacientul cu ideație şi pulsiuni suicidare); în timp ce



Scanned with OKEN Scanner

- orice internare involuntară este o internare de urgență;

- "*detenția civilă*" constituie, în opinia noastră, o formulare inadecvată şi inoperantă şi pentru a putea exprima ceea ce denumim "*internare involuntară*" întrucât noțiunea de "*detenție*", atât sub aspectul etimologic (*detentio*, lat.) cât şi al lexicului modern (*detention*, fr.) semnifică reținerea în stare de arest pentru cercetări; chiar şi sub forma sa civilă, detenția se înscrie în aria sancționării (a cărei avanscenă este deseori), în timp ce internarea involuntară prezintă, în mod exclusiv, semnificația apărării.

Ca forme propriu zise şi totodată instanțe ale internării la psihiatrie menționăm:- internarea informală

- internarea voluntară
- internarea de urgență (temporară)
- internarea involuntară

Aceste forme de internare le considerăm totodată instanțe sub aspectul şi din perspectiva necesității demersului şi a implicării voliționale a pacientului.

Pe de altă parte, tocmai această ierarhizare a implicării voliționale constituie specificul internării psihiatrice care, spre deosebire de alte domenii clinice, prezintă nu numai o distinctă specificare ci şi o mult mai mare responsabilitate.

*Internarea informală* (necondiționat-voluntară)

Este asemănătoare cu internarea din orice domeniu clinic medical. În această situație, pacientul se poate interna sau externa după propria voință; mai mult, pacientul poate părăsi spitalul chiar în pofida recomandării medicale. Această formă de internare este întâlnită în:

- secții de psihiatrie din cadrul spitalelor generale;
- secții de toxicomanii, în care internarea este apreciată ca un test al bunelor intenții ale pacientului.

*Internarea voluntară* (formal-voluntară) sau condiționat voluntară.

Pacientul se prezintă la spital:

- din proprie inițiativă, situație în care solicită în scris internarea;
- în urma unei recomandări.

În ambele situații, admiterea în spitale are loc numai în urma unei examinări de specialitate care confirmă necesitatea tratamentului psihiatric în condiții de spitalizare. De asemenea, externarea poate avea loc în urma solicitării scrise a pacientului.

*Internarea temporară* (internarea de urgență).

Această formă de internare se referă la pacienți care:

- prezintă o afecțiune psihiatrică severă,
- au absolută nevoie de spitalizare,
- nu sunt capabili să ia decizii oportune asupra necesității



Scanned with OKEN Scanner

tratamentului.

Sub un anumit unghi, o astfel de internare nu este voluntară, ea aflându-se în afara ariei de deliberare a pacientului întrucât, acesta este sever perturbat sau chiar dezorientat. Tocmai de aceea, un astfel de pacient trebuie văzut de către doi medici dintre care:

- un medic (din afara spitalului) care face recomandarea scrisă pentru internare;
- un medic psihiatru din spitalul care primeşte pacientul.

Întrucât o astfel de spitalizare nu se face din inițiativa şi la dorința pacientului, durata ei este limitată, fiind estimată la aproximativ 15 zile.

*Internarea involuntară* (internarea obligatorie).

Constituie forma de internare cea mai discutată, larg comentată şi uneori incriminată. Evident, este efectuată împotriva voinței pacientului, în vederea tratării, apărării şi uneori salvării sale.

Conform legislației actuale din România o astfel de internare presupune:

**a.** O stare psihică de gravitate deosebită, care:
- pune în pericol: - propria viață
  - siguranța sa ori a celor din jur
  - valorile materiale sau culturale;
- deranjează grav şi în mod repetat liniştea şi ordinea publică

**b.** O tulburare psihică de natură să nu-i permită pacientului aprecierea corectă a:
- oportunității tratamentului medical adecvat,
- măsurilor care se impun pentru protecția sa.

**c.** O astfel de severitate a tulburării psihice care:
- implică o evoluție nefavorabilă a bolii,
- nu poate beneficia de tratament specific-adecvat în afara spitalului.

În Statele Unite ale Americii internarea involuntară implică:

- "*existența unui pericol pentru pacientul însuşi, ca în cazul bolnavului suicidar*; sau
- existența unui pericol pentru alții, ca în situația pacientului homicidal (*H.I.Kaplan, B.J.S.adock*, 1991, p.823).

La rândul ei, Asociația Psihiatrică Americană a elaborat în anul 1983 un "*model de internare obligatorie*", în fapt anumite criterii care sunt:

**a.** Prezența unei tulburări mintale severe.
**b.** Probabilitatea de a-şi face rău sie-şi şi altora;
**c.** Imposibilitatea (incapacitatea) pacientului de a consimți asupra necesității tratamentului.
**d.** Refuzul pacientului de a accepta efectuarea tratamentului.



Scanned with OKEN Scanner

e. Probabilitatea deteriorării severe determinate de lipsa tratamentului.

f. O şansă rezonabilă de a fi tratat în instituţia care constituie alternativa cea mai puţin restrictivă.

Ca o extensie a acestui "*model de internare obligatorie*", în Statele Unite ale Americii s-a instituit recent aşa numita "*Abordare conservativă*", care "*este justificată*" în următoarele situaţii:

- când, în cazuri nesigure, analiza binomului "*risc-beneficiu*" argumentează decizia de internare obligatorie întrucât "*agresivitatea şi riscul sunt minimalizate în mediu protejat*" (*T.G.Gutheil*, 1995, p.2756);

- când situaţiile clinice care impun internarea sunt urgenţe psihiatrice care implică intervenţii terapeutice imediate;

- când necesitatea tratamentului nu impune un mediu restrictiv (care în mod implicit este, într-o anumită măsură şi punitiv), se poate recurge la internarea ambulatorie obligatorie care constituie o alternativă terapeutică la tratamentul spitalizat obligatoriu.

Evident, metodologia internării şi spitalizării involuntare face obiectul unei alte lucrări. Aici, menţionăm în încheiere faptul că "*Abordarea conservativă*" recent instituită în Statele Unite ale Americii constituie, şi din această perpectivă o extindere a Principiului Puterilor Poliţiei şi implicit a Justiţiei asupra axiomaticului *Parens Patriae*, sub a cărui protecţie parentală erau ocrotiţi bolnavii psihici.

În plus, prin ceea ce a fost denumit "Abordare conservativă", se face (în opinia noastră) un asalt juridico-moral-riscant de la decizia asupra faptului la decizia asupra prezumţiei care, teoretic, transgresează aria justiţiei.

## INTERNAREA DE URGENŢĂ ŞI FACTORII PSIHO-SOCIALI PRIVIND RELAŢIA BOLNAV - APARŢINĂTOR

Dr. MARIA PRAJA, Dr. St. KECSKEMETI, Dr. ANA POPA,
Dr. MIHAELA DICULESCU
Spitalul Clinic de Copii Oradea

La Conferinţa internaţională de la Ludwigshafen din 1979, cu prilejul anului mondial al copilului, s-au adoptat zece porunci pentru apărarea drepturilor copilului. Primele două dintre ele sunt: "*să-ţi iubeşti copilul şi să-ţi protejezi copilul*". Părinţii au obligaţia de a-şi proteja copilul de primejdii fizice şi sufleteşti, la nevoie până la sacrificiul propriilor interese. Trebuie să-şi iubească copilul, să se bucure de el, să-l accepte



Scanned with OKEN Scanner

aşa cum este, să nu-l jignească, să nu-l pedepsească pe nedrept, să nu-l lipsească de încrederea sa, să-i dea prilejul să-l iubească.

Starea de sănătate este un echilibru între interior şi exterior, iar boala copilului constituie o trăire particulară cu reacţii variate din partea părinţilor. Apar relaţii noi cu medicul şi evident cu instituţia medicală. Dacă starea de sănătate este un echilibru, boala este percepută ca un impact, cu reacţii variate în funcţie de vârsta copilului, de structura personalităţii sale şi de senzaţiile şi simptomele trăite în cursul bolii. Terapia bolii nu se poate institui împotriva voinţei bolnavului. Dacă el este copil aceasta se va aplica după ce s-a obţinut acordul părinţilor. Ei hotărăsc care este interesul copilului. În ceea ce priveşte relaţia medic - bolnav, aceasta poate fi diferită în funcţie de numeroşi factori. De regulă, în faţa halatului alb reacţia este de panică, mai ales dacă şi familia are o atitudine de aşteptare anxioasă.

Internarea poate provoca reacţii imediate variate ca: plâns, refuzul de a rămâne, reproşuri la adresa părinţilor şi apariţia unor fenomene regresive, ca: tulburări de somn, sfincteriene sau stări disforice. Acestea depind de informaţiile primite de copil înaintea internării, de atitudinea personalului medical, de vârsta pacientului, de personalitatea copilului, de disconfortul şi durerea provocate de tehnicile terapeutice: injecţii, perfuzii, spălătură gastrică etc. Copii sub 5 ani, suferă mai mult pentru că nu-şi pot comunica satisfăcător dorinţele lor, nu-şi pot forma o imagine realistă despre tratament, considerând boala ca o respingere, ca o pedeapsă. Se schimbă viaţa copilului, trăirea propriului corp: durere, febră, stare de rău, epuizare, modificări ale conştientului, temeri, influenţele impresiilor subiective.

Prin inducţie de la adult, simpla bănuială de boală somatică gravă se însoţeşte de reprezentări negative, uneori tragice. La copil mai mult ca la adult boala răstoarnă sistemul de relaţii în familie şi în societate. Se exacerbează dorinţa de protecţie în scopul obţinerii alinării durerii, cu apatie şi riscul limitării contactelor, îngrijorarea mamei ducând la regresie aproape de starea parazitară. Efectul psihic al bolii depinde de vârsta copilului bolnav, de configuraţia familială, de durata bolii şi a tratamentului, de gravitatea situaţiei.

Tipul de atitudine faţă de boală este diferit de la reacţia primitivă cu retracţie, până la agresiune sau autoagresiune, tendinţe adaptative deviate.

Pe de altă parte, atitudinea părinţilor în faţa bolii este diferită în funcţie de temperament, de gradul de cultură şi de gravitatea bolii. Părinţii se văd în situaţia de a nu-şi putea proteja copiii, nevoit să apeleze la asistenţa medicală şi să se supună ei.



Scanned with OKEN Scanner

Internarea în spital constituie pentru copil un impact, o situație neașteptată, necunoscută, nedorită. Într-o internare de urgență cu atât mai mult. Copilul este adus în stare gravă, în comă, convulsii, cu fenomene asfixice, cu stare de rău, cefalee, vărsături, durere, teamă. Asupra lui se va revărsa o avalanșă de gesturi și măsuri ce țin de agresiunea terapiei: recoltări de sânge, perfuzii, sondaje, spălătură gastrică, imobilizare la pat. Cu cât copilul este mai mic, cu atât mai mult tehnicile de abord venos folosite în reanimare sunt mai laborioase cu repetate tentative percepute ca dureri interminabile, ca agresiuni fizice pe care nu le pot evita, cărora nu se pot sustrage.

Cadrul spitalicesc este în același timp un necunoscut, personalul din jur străin, de care nici părinții nu-l pot apăra.

Părinții trăiesc la rândul lor sentimente contradictorii: suferința pentru durerea copilului, teama de evoluția care ar putea fi fatală, sentimente de vinovăție pentru nesupraveghere (în cazul intoxicațiilor accedentale, a traumatismelor, accidentelor de circulație, arsuri cu flamă sau lichide fierbinți).

Personalul sanitar în schimb reacționează aparent detașat într-o situație în care viața este atât de aproape de moarte. Reacțiile lor sunt profesional stereotipe, ca urmare a repetărilor zilnice, calme prin siguranța evoluției ce urmează să fie bună, previzibilă în majoritatea situațiilor. Nu este timp pentru detalierea verbală a ceea ce se impune să se facă obiectiv și în consecință părinții se simt pentru moment îndepărtați, minimalizați. Nici aflarea sau enunțarea diagnosticului nu rezolvă situația deaorece nu reflectă starea de fapt, prognosticul, riscurile evolutive. Este nevoie însă de timp pentru informarea bolnavului, dacă este la vârsta înțelegerii, precum și a părinților. Cei neinformați sunt confuzi, necooperanți și orice act medical devine stressant.

Poziția medicului este diferită, atitudinea față de bolnavul grav hotărăște alături de tehnicitate și pregătire profesională calitatea și valoarea rezultatelor. Medicul trebuie să cunoască temeinic psihologia copilului și a părinților, pentru a da siguranță celor din jur. Bolnavul grav, copil la vârsta înțelegerii, are mereu bănuiala că i se poate ascunde ceva, privind starea lui. Părinții însă trebuie să cunoască adevărul și măsurile necesare revenirii la starea de sănătate.

Pe lângă toate acestea solicitarea internării mamei în spital este firească în multiplele situații create de boală. Mama dorește internarea pentru siguranța unei îngrijiri mai atente, a supravegherii evoluției bolii, anticipând dorințele copilului și durerile lui. Copilul se simte protejat, apărat, acceptă mai ușor terapia, se previn reacțiile de dezrădăcinare. Medicul consideră utilă internarea la copiii cu malignități, handicapați



Scanned with OKEN Scanner

grav, în situații limită şi în cazul mamelor şi copiilor cu probleme emoționale. Este neavenită însă internarea celor agitate, indisciplinate şi revendicative.

În practica curentă se solicită internarea mai ales la sugari, la copiii din mediul rural unde este mai accentuată legătura patriarhală, în urgențele mari şi aproape întotdeauna când părinții au sentimente de vinovăție (intoxicații, accidente, copil la bunici).

Este mai puțin sau deloc solicitată internarea mamelor copiilor nedoriți din familii dezorganizate, fără venituri materiale suficiente sau unele mame speriate de eventualitatea evoluției fatele a bolii, la care nu pot să asiste.

Ca element de interes în familiile cu nivel socio-cultural redus, boala constituie un eveniment care-i scoate din anonimat, le dau emoții, sunt înconjurați de respect în comunitate, asupra spitalului se îndreaptă un şir nesfârşit de rude şi prieteni, care doresc să vadă copilul în stare critică, locul unde se petrece drama, să chestioneze, să cerceteze şi să compare necazurile lor cu ale celor din jur. Aceste vizite, admise la starea gravă a pacientului din spirit umanitar, au ca rezultat epuizarea fizică şi psihică a unui copil care are nevoie de odihnă.

O analiză concretă ce se referă la internările din Secția Terapie Intensivă de Pediatrie a Spitalului Clinic de Copii, în anul 1995 relevă următoarele. Din 622 cazuri grave internate, 232 au fost sugari cu 124 mame, 222 între 1-6 ani cu 58 internări mame şi şcolari 168 cu numai 11 mame. 60% din numărul total al mamelor internate au fost pentru sugari, numai 25% pentru copii mici şi preşcolari şi 15% pentru şcolari. Rămâne poate suprinzătoare situația celor 108 sugari neînsoțiți de mame. De ce este posibil? Pentru că sunt cei abandonați în spitalul nostru sau provin din colectivități de ocrotire, de asemenea sugarii din familii numeroase. Solicitarea scade foarte mult peste vârsta de 2 ani a copilului şi mai ales peste 6 ani, datorită taxei mari a spitalizării mamei, discordant cu posibilitățile financiare modeste la majoritatea familiilor. De asemenea copilul mare nu necesită prezența obligatorie a mamei în preajma lui.

| | Total copii | Sugari 0-1 an | Copii 1-6 ani | Copii 6-16 ani |
|---|---|---|---|---|
| | **622** | **232** | **222** | **168** |
| Urban | 282 | 60 | 119 | 103 |
| Rural | 340 | 172 | 103 | 65 |
| Cu mamă | 193 | 124 | 58 | 11 |
| Fără mamă | 429 | 108 | 164 | 147 |

Scanned with OKEN Scanner

Analizând datele oferite, se pot desprinde următoarele observații:

- La sugar solicitarea internării în spital a mamei este mai mare la cele care provin din mediul rural, în cazul primului copil sau la copilul unic şi preţios, precum şi în funcţie de echilibrul familial. De fapt prezența mamei lângă sugar nu influențează semnificativ evoluția bolii în faza acută, este însă foarte utilă prezența ei în perioada de restabilire, oferind echilibru afectiv, dragoste, prin gesturi de mângâiere, precum şi masaj, poziția confortabilă în brațe, alimentație adaptată apetitului în curs de revenire.

- La preşcolar faza acută, critică (exceptând stările comatoase grave) este benefic influențată de prezența mamei. Toleranța la terapia invazivă este mai mare, siguranța că nu este singur, că este apărat, protejat, ameliorează prognosticul restabilirii.

- Şcolarii sunt însoțiți de mame numai în situații particulare grave, la care solicitarea este acceptată de medic. Internarea mamelor la copiii în situații critice sau finale, crează o serie de probleme etice şi morale, legate de momentul final. În rare situații mamele evită acest moment invocând teama, disperarea, epuizarea sau împăcare cu situația care vine, ca şi o eliberare pentru ambele părți. Resemnarea în fața bolii incurabile sau a infirmității necesită o restructurare adaptativă a personalității. Situația creată impune reorganizarea vieții familiei, temporară sau definitivă.

Boala şi suferința în general obligă la interiorizare, dar şi la adâncirea problemelor existenței.

În profesiunea medicală, responsabilitatea morală se situează pe aceeaşi treaptă cu cea tehnică. Toare actele medicale trebuie analizate şi în limita eticii, a caracterului lor moral, a corectitudinii morale a celei mai înalte responsabilități față de om. Dacă acum câteva decenii moartea copiilor făcea parte din istoria continuității umane, astăzi pe lângă ceea ce înseamnă medicina modernă, copilul poate trăi dacă beneficiază de un tratament intensiv. Există un drept al copilului şi pentru cel care se naşte fără voie, având aceleaşi privilegii ca şi copilul legitim, dorit şi iubit.

"*Dacă sunt victimele destinului, să nu fie şi victimele noastre*".

Scanned with OKEN Scanner

# CONSIDERAȚII PRIVIND CONȚINUTUL MĂSURILOR DE SIGURANȚĂ PREVĂZUTE DE ART.113 ŞI 114 COD PENAL ŞI PROCEDURA DISPUNERII ACESTORA

Prim procuror adjunct L.D. LICIU (1), Prim procuror Gh. HURJUI (2)
(1) - Parchetul de pe lângă Curtea de Apel Bacău
(2) - Parchetul de pe lângă Tribunalul Neamț

Înscrierea în problematica ce formează obiectul dezbaterii Conătuirii Naționale de Psihiatrie Socială a unor aspecte teoretice şi practice vizând luarea măsurilor medicale sau juridice față de bolnavii psihici este în mod cert utilă şi interesantă pentru toți cei care prin mijloace şi metode proprii, conlucrează în rezolvarea situației specifice a acestei categorii de bolnavi.

I. Psihiatria şi măsurile judiciare luate pe baza constatărilor medicale care atestă existența unei boli psihice a ridicat poate cele mai multe controverse şi critici, decât oricare alt domeniu medical. Acestea sunt explicabile, spunem noi, prin faptul că dacă medicina clinică tratează pacienții cu consimțământul liber al acestora, psihiatria poate fi chemată să trateze bolnavi care nu sunt capabili să-şi exprime consimțământul. Mai mult, tratamentul psihiatric poate impune o internare involuntară pe termen lung, care este lăsată la libera apreciere a psihiatrului, care intervine nedorit dar necesar, în viața unor persoane care prin comportament, determinat de boala psihică, nu se încadrează în normele sociale obişnuite.

Specificul tratamentului forțat al bolnavilor psihici a iscat şi discuțiile, uneori şi practicile, referitoare la abuzurile în psihiatrie, mai ales în cazul unor internări ale disidenților politici, insuficient fundamentate medical. Dar dacă au existat asemenea situații, ele constituiau excepții, pentru că practica ne-a demonstrat că medicii conformându-se regulilor psihoetice, au prescris ori instituit tratamente corespunzătoare afecțiunilor psihice reale, ca durată şi intensitate, dovedind o responsabiliate crescută atât față de societate, cât şi față de bolnavi psihici a căror integrare socială se urmăreşte.

În privința bolnavilor psihici şi a tratamentului medical al acestora trebuie să distingem trei mari categorii de situații:

(1) - Bolnavii psihici care nu au manifestări care să dăuneze celor din jur ori regulilor sociale şi care sunt tratați ca toți ceilalți pacienți ce apelează la medic;

(2) - Bolnavii psihici care prin manifestările lor prezintă pericol pentru societate ori pentru cei din jur, dar care nu au comis vre-o faptă care să fie prevăzută de legea penală, față de care se iau măsuri prin organele medicale abilitate, conform Decretului nr.313/1980;



Scanned with OKEN Scanner

(3) - Bolnavii psihici care datorită afecțiunilor psihice de care suferă prezintă pericol pentru societate şi care au săvârşit fapte care sunt prevăzute de legea penală, dar cărora nu li se aplică o pedeapsă pentru că sunt iresponsabili, au comis faptele fără discernământ, categorie de bolnavi față de care se pot dispune însă măsuri de siguranță şi care sunt prevăzute în art.113-114 Cod penal.

Aceste distincții ce nu pot fi ignorate, conduc la situarea psihiatrului în posturi diferite, în cazul primei categorii la bolnavi psihici, acesta comportându-se ca oricare alt medic în diagnosticare şi tratament, iar în cazul ultimelor două categorii trebuind a avea în vedere la diagnosticare, dar mai ales la tratament, normele juridice exprese şi distincte, anume cele prevăzute în Decretul nr.313/1980 ori în Codul Penal.

Interferența activității psihiatrului cu activitatea organelor judiciare, în cazul celor două categorii de bolnavi psihici care prin manifestări prezintă pericol pentru societate, apare evidentă, decisive pentru organele judiciare fiind concluziile psihiatrului. Trebuie să precizăm că dispunerea măsurilor prevăzute în Decretul nr.313/1980 ori în art.113-114 Cod penal, nu reprezintă o represiune penală, scopul acestora fiind pe de o parte preîntâmpinarea săvârşirii unor fapte antisociale (penale ori nepenale), iar pe de altă parte recuperarea medicală şi reintegrarea socială a bolnavilor psihici, pe baza unui tratament adecvat, prin măsuri profilactice şi terapeutice individualizate.

Mai trebuie observat că în cazul celor două categorii de bolnavi psihici, ale căror comportări şi manifestări prezintă pericol pentru societate, procedura instituirii tratamentului medical obligatoriu este diferită deoarece:

a) - în cazul celor care nu au comis fapte prevăzute de legea penală, dar le sunt aplicate prevederile Decretului nr.313/1980, hotărârea se ia doar de organele medicale (organele judiciare intervenind doar în cazul ivirii unor contestații);

b) - în cazul celor care au săvârşit fapte prevăzute de legea penală, psihiatrul stabileşte diagnosticul şi recomandă tratamentul medical, hotărârea pentru instituirea măsurilor de siguranță fiind a organelor judiciare, respectiv a instanței judecătoreşti.

Atât pentru psihiatrie, cât şi pentru organele judiciare, în luarea deciziilor cu privire la bolnavii psihici trebuie avute permanent în atenție respectarea unor principii constituționale, între care amintim cel al supremației legii (art.51 Constituție), cel al luării măsurilor de protecție a sănătății publice, numai potrivit legilor (art.33 Constituție) şi cel al garantării libertății persoanei, care nu poate fi restrânsă decât numai prin lege şi numai dacă se impune pentru apărarea ordinii, a sănătății, a moralei, ori a drepturilor şi libertăților cetățenilor (art.49 Constituție).



Scanned with OKEN Scanner

Considerentele de ordin general expuse, ne permit ca în abordarea conținutului măsurilor de siguranță prevăzute de art. 113-114 Cod penal şi a procedurii de dispunere a acestora, să subliniem doar natura şi specificul lor.

Potrivit principiului care guvernează legislația penală, cel al legalității incriminării, prin art.2 din Codul penal consacrându-se regula că doar prin lege se poate prevedea care fapte constituie infracțiuni şi ce pedepse se pot aplica, s-a menționat şi "ce măsuri se pot lua" în cazul săvârşirii unor fapte care prin natura lor au caracter penal.

Detalierea în cuprinsul Codului penal a dispozițiilor generale din art.2, o găsim distinct reglementată în partea generală, titlul III pentru pedepse şi titlul VI pentru măsurile de siguranță, dat fiind conținutul lor diferit.

Şi din punct de vedere procedural dispunerea şi punerea în executare a măsurilor de siguranță au o reglementare aparte, respectiv prin art.162, 429-435, 437 Cod procedură penală.

**II. Cu privire la conținutul măsurilor de siguranță a obligării la tratament medical şi a internării medicale**, prevăzute în art.112 lit.a şi b Cod penal, trebuie subliniat faptul că ele au drept scop - înlăturarea unei stări de pericol şi preîntâmpinarea săvârşirii unor fapte prevăzute de legea penală.

Ele pot fi luate numai față de persoanele care au intrat în conflict cu legea penală, fiind indiferent faptul dacă acestora li s-ar aplica ori nu şi o pedeapsă.

Aceste măsuri, deşi nu au un caracter sancționator, ci preventiv - curativ, se dispun de organele judiciare penale pentru că cei implicați au săvârşit fapte încriminate de lege ca infracțiuni, ceea ce reclamă acționarea legală pentru ca în viitor atât societatea, cât şi făptuitorul bolnav să fie protejați de pericolul de a se repeta încălcarea legii penale. Dispunerea acestor măsuri de siguranță este de atributul organelor judiciare motivat şi de împrejurarea că, luarea lor apare ca necesară pe baza dovezilor ce s-au administrat într-un proces penal, indiferent de faza acestuia (cea de urmărire penală ori cea de judecată).

- Determinantă în luarea vre-uneia din cele două măsuri de siguranță la care ne referim nu este împrejurarea că cel implicat a comis o faptă de natură penală, aceasta fiind doar premiza necesară pentru a se aprecia ulterior vreuna din măsurile de siguranță. Hotărâtoare este constatarea medico-legală **a stării de pericol** pe care o prezintă făptuitorul. Săvârşirea faptei penale este de fapt simptomul că ar exista un pericol şi constituie punctul de plecare pentru administrarea dovezilor în vederea stabilirii certe a nevoii de a se dispune vreo măsură de siguranță. Este evident că dacă în cazul celor cărora li se aplică



Scanned with OKEN Scanner

pedepse, de regulă, judecătorul priveşte în trecut - la faptă şi făptuitor - la dispunerea măsurilor de siguranță preponderentă este privirea spre viitor - respectiv la starea de pericol a făptuitorului, stare care ar putea duce la săvârşirea altor fapte penale.

În acelaşi timp trebuie observat că pe câtă vreme la aplicarea unor pedepse nu interesează dacă infractorul ar putea ca şi în viitor să comită fapte penale, în cazul măsurilor de siguranță la care ne referim hotărâtoare este stabilirea stării de pericol pentru viitor. Pe de altă parte, dacă la aplicarea pedepselor justiția se bazează pe concluzia indubitabilă a existenței vinovăției, la aplicarea măsurilor de siguranță, în discuție, se are în vedere portarea probabilă în viitor a făptuitorului (dedusă din probe şi îndeosebi din concluziile medicale).

- Ca reglementare în dreptul penal material trebuie reținut pe câtă vreme pedepsele sunt prevăzute pentru fiecare infracțiune în parte, măsurile de siguranță la care ne referim sunt prevăzute doar în partea generală a Codului penal, dispunându-se când nu se pot aplica pedepse, în cazul persoanelor iresponsabile, şi prin aceasta substituindu-se pedepselor.

- Analizând conținutul măsurilor de siguranță a obligării la tratament medical şi a internării medicale trebuie observat că şi acestea au o natură coercitivă, ca şi pedepsele, deoarece atrag o restrângere a libertății făptuitorului (în interesul proteguirii acestuia şi al apărării societății).

- Spre deosebire de pedepse care prin conținut au şi un scop de prevenție generală, măsurile de siguranță au drept scop prevenția specială (vizând pe cel implicat).

- Dacă în cazul pedepselor, după executare, pot decurge consecințe juridice şi morale, în cazul măsurilor de siguranță nu există consecințe din momentul în care starea de pericol a încetat.

- Dat fiind scopul şi conținutul măsurilor de siguranță la care ne referim, trebuie observat faptul că la dispunerea acestora nu se aplică principiul legii mai favorabile (ca la pedepse), ci sunt aplicabile prevederile din legea în vigoare în momentul judecării (art.12 aliniat final Codul penal), care retroactivează.

- Asupra acestor măsuri de siguranță nu au nici un efect amnistia şi grațierea (art.119 li 120 Cod penal), lor nefiindu-le aplicabile nici procedurile referitoare la prescripție (art.126 aliniat final Cod penal).

Sintetizând pincipalele caracteristici vizând conținutul celor două măsuri de siguranță, reținem că după **scopul urmărit** au caracter curativ - vizând vindecarea făptuitorului de unele maladii psihice sau mintale; în raport **de drepturile** la care se referă sunt restrictive de libertate; în raport **de persoană** ele se iau față de o persoană care răspunde penal



Scanned with OKEN Scanner

în cazul obligării la tratament şi faţă de o persoană care răspunde penal în cazul internării medicale; în raport **de durată** ele se dispun pe durată nedeterminată, fiinţând cât există starea de pericol a făptuitorului, fără a avea caracter definitiv.

Analizat în raport cu prevederile exprese din art.113 şi 114 Cod penal, conţinutul celor două măsuri de siguranţă trebuie înţeles prin câteva observaţii de text.

**(1) Obligarea la tratament medical - art.113 Cod penal**:

-Textul nu specifică bolile care o justifică ori substanţele care o pot determina, redactarea fiind generică, motiv pentru care organele judiciare trebuie ca în mod obligatoriu să apeleze la medicii specialişti, singurii în măsură a se pronunţa asupra necesităţii luării acestei măsuri de siguranţă.

- Este necesar însă ca boala sau intoxicaţia să aibă caracter de durată, să fie cronică, să nu poată fi uşor înlăturată, constituind pentru făptuitor un viciu care îi alterează stăpânirea de sine, făcându-l periculos pentru societate.

- Tratamentul medical se efectuează ambulator şi durează până la însănătoşire. El începe imediat ce s-a dispus şi dacă este concomitent cu executarea unei pedepse poate dura şi după expirarea pedepsei.

- Obligarea la tratament medical se poate dispune provizoriu şi în cursul urmăririi penale, trebuind a fi apoi confirmată de instanţă.

- În cazul neprezentării la tratament, măsura poate fi înlocuită cu cea a internării medicale.

- legalitatea şi temeinicia hotărârilor date în această materie poate fi cenzurată pe calea recursului.

**(2) Internarea medicală - art.114 Cod penal**

- Se dispune în cazul săvârşirii unor fapte prevăzute de legea penală, dacă cel în cauză este bolnav mintal sau toxicoman şi prezintă pericol de a săvârşi asemenea fapte în viitor.

- Pericolul social al făptuitorului este evidenţiat de alterarea gravă a capacităţii psiho-fizice, determinată de cauze patologice ori anomalii fiziologice.

- Dispunerea acestei măsuri urmăreşte prevenirea săvârşirii altor infracţiuni în viitor, precum şi ameliorarea stării de sănătate a celui în cauză.

- Instanţa de judecată trebuie obligatoriu să dispună efectuarea expertizei psihiatrice, care să conchidă că se impune internarea medicală, aceşti bolnavi neputând fi traşi la răspundere penală, neavând discernământ. Cel în cauză trebuie ascultat în instanţă, asigurându-i-se asistenţă juridică.

- Pe timpul internării medicale făptuitorii sunt supuşi la tratament.



Scanned with OKEN Scanner

- Internarea medicală se ia pe timp nedeterminat, neputându-se anticipa durata stării de boală. Ea poate fi dispusă provizoriu şi în cursul urmăririi penale, trebuind a fi apoi confirmată de instanță.

Hotărârea instanței este supusă căilor legale de atac.

În cazul în care boala s-a ameliorat şi medicii propun, instanța poate hotărî înlocuirea măsurii internării, cu cea a obligării la tratament.

Dacă boala intervine după condamnarea celui în cauză, în raport de gravitate şi pericol, instanța poate dispune amânarea executării pedepsei, întreruperea executării acesteia, ori după caz, internarea medicală.

Cunoscând conținutul celor două măsuri de siguranță la care ne referim, nu putem şi nu subliniem cerința expresă din textele de lege (art.113 şi 114 Cod penal), aceea a necesității existenței stării de pericol pe care trebuie să o prezinte făptuitorul, în absența căreia asemenea măsuri nu pot fi dispuse.

Medicului psihiatru îi revine răspunderea profesională de a se pronunța asupra bolii psihice şi periculozității ce o prezintă bolnavul. Periculozitatea bolnavului poate fi pentru sine ori pentru alții, poate fi delictuală ori predelictuală, dar poate fi şi o devianță ca manifestare proximă a periculozității în raport cu toleranța socială.

Aprecierea periculozității de către psihiatru are desigur la bază criterii pragmatice, care să permită intervenția terapeutică rapidă pentru a proteja persoana bolnavă, dar şi societatea. Această periculozitate a individului se caracterizează adesea prin hiperexcitabilitate, prin toleranță scăzută la frustrații, prin ostilitate, labilitate afectivă asociate cu stări de furie ori tendința de a manifesta uşor mânia. Pot exista stări de agitație, suspiciozitate, idei delirante, şi altele.

Trebuie avut în vedere statutul bolnavului psihic, care este deosebit de al altor categorii de pacienți, deoarece acesta este incapabil de a-şi da seama de starea sa de boală şi deci, de a apela la un ajutor medical calificat, de a urma un tratament medical prescris şi de a se menaja. El nu poate să-şi formuleze pretenții şi revendicări față de grupul social.

În acelaşi timp psihiatrul, din motive de etică profesională, are în vedere faptul că bolnavul psihic trebuie apărat de orice abuz sau tratament inadecvat, față de orice îngrădire, limitare sau pierdere nejustificată a drepturilor sale ori de frustrarea dreptului de libertate.

Toate aceste considerente trebuie să determine o observare clinică atentă a bolnavului şi concluziile medicului să nu fie subordonate vreunei urgențe de a justiției.

Cooperarea medicului cu justiția trebuie să fie înțeleasă în sensul stabilirii corecte a stării de pericol pe care o prezintă făptuitorul din cauza



Scanned with OKEN Scanner

bolii psihice şi a luării măsurilor terapeutice şi juridice cele mai adecvate, dat fiind caracterul lor cât şi din punctul de vedere al apărării societății.

Este însă necesară o organizare mai bună a rețelei instituțiilor medicale de specialitate în care se execută aceste măsuri de siguranță, pentru a exista în primul rând garanția atingerii scopurilor terapeutice ce se urmăresc.

**III. Cu privire la dispunerea măsurilor de siguranță a obligării la tratament medical şi a internării medicale**, respectiv reglementarea procedurii ce trebuie urmată, reținem atenția asupra câtorva aspecte mai importante.

**Regula procesuală generală** o găsim înscrisă în art.162 Cod procedură penală, potrivit căruia în tot cursul procesului penal, dacă procurorul sau instanța de judecată constată că învinuitul sau inculpatul se află în vreuna din situațiile prevăzute de art.113 ori 114 Cod penal, dispune luarea în mod provizoriu a măsurii de siguranță corespuzătoare. Evident că se cere avizul comisiei medicale competente, pe baza căruia se confirmă de instanță măsura de siguranță, hotărârea judecătorească fiind supusă căilor legale de atac.

În partea specială a Codului de procedură penală există o secțiune distinctă consacrată reglementării modului de punere în executare a măsurilor de siguranță.

Pentru obligarea la tratament medical procedura de punere în executare este înscrisă în art.429-341 Cod procedură penală, pentru internarea medicală în art.432-435, iar pentru revocarea măsurilor de siguranță reglementarea este dată în art.437 Cod procedură penală.

Din economia acestor texte de procedură, vizând punerea în executare a celor două măsuri de siguranță, trebuie subliniat următoarele:

a) **Obligarea la tratament medical** dispusă printr-o hotărâre judecătorească definitivă, se pune în executare prin comunicarea copiei după dispozitiv şi a unei copii după raportul medico-legal, direcției sanitare județene de la domiciliul persoanei în cauză, dacă aceasta este în stare de libertate, sau administrației locului de deținere când această măsură însoțeşte pedeapsa închisorii, iar cel în cauză este arestat.

Direcția sanitară este aceea care stabileşte unitatea sanitară la care se face tratamentul medical şi tot direcția înştiințează unitatea respectivă şi pe cel în cauză, căruia I se face comunicare şi de către instanța de executare, atenționându-l că în caz de nerespectare a măsurii se va dispune internarea medicală.

Pentru unitatea sanitară la care se efectuează tratamentul medical există obligația, stabilită prin art.430 Cod procedură penală, de a comunica instanței de executare:



Scanned with OKEN Scanner

- dacă persoana obligată la tratament s-a prezentat pentru efectuarea acestuia;
- situațiile de neprezentare, după începerea tratamentului;
- dacă nu mai este necesar tratamentul ori este indicat alt tratament;
- dacă este necesară internarea medicală.

În raport de aceste comunicări instanța dispune măsurile ce se impun. Pentru ca acest sistem de comunicări să fie lesnicios, prin dispozițiile art.430 aliniat 2 Cod procedură penală s-a prevăzut ca în situația în care, unitatea sanitară la care se fectuează tratamentul nu se află în raza teritorială a instanței de executare, în cazul când cel obligat la tratament se sustrage de la acesta (după prezentare) ori în cazul în care este indicat un alt tratament sau când este necesară internarea medicală, adresarea comunicărilor să se facă către judecătoria în a cărei rază teritorială se află unitatea sanitară.

Dacă persoana obligată la tratament medical este arestată, comunicările la care ne-am referit sunt obligatorii pentru administrația de deținere.

Instanța care primește o comunicare prin care se opiniază pentru înlocuirea tratamentului medical, soluționează cauza cu participarea procurorului, ascultând dacă este necesar şi pe cel interesat, dispunând potrivit art.341 Cod procedură penală. În cazul în care hotărârea este dată de altă instanță decât cea de executare, ea se comunică şi acesteia.

b) **Sub aspect procedural pentru măsura de siguranță a internării medicale, prevăzută de art.114 Cod penal**, sunt de reținut următoarele:

- Hotărârea instanței se pune în executare prin comunicarea copiei după dispozitiv şi a unei copii după raportul medico-legal, direcției sanitare din județul în care locuieşte cel în cauză (art.432 Cod procedură penală). Direcția sanitară efectuează internarea, comunică instanței, iar unitatea aplică tratament medical pe timpul internării.

Dacă internarea medicală nu mai este necesară, unitatea sanitară încunoştiințează judecătoria în a cărei rază teritorială se află, pentru a decide. Judecătoria soluționează cauza (cu participarea procurorului şi dacă este necesar cu ascultarea celui implicat), dispunând fie încetarea internării, fie înlocuirea ei cu obligarea la tratament medical. Asemenea sesizare se poate face şi de procuror ori de persoana internată, ipostaze în care instanța trebuie să ceară avizul unității, în care se află cel internat (art.434 aliniat 2 Cod procedură penală).

La soluționarea oricăror din aceste sesizări celui internat trebuie să I se asigure asistență juridică (art.434 aliniat 3 Cod procedură penală).



Scanned with OKEN Scanner

Chiar dacă aceste norme procesuale presupun formalități cu aparențe birocratice, ele socotim că trebuiesc respectate şi sunt bine gândite, deoarece vizează restrângerea libertății persoanei, apărarea bolnavului şi a societății de eventualele pericole publice.

Cadrul teoretic referitor la regimul dispunerii măsurilor de siguranță prevăzute de art.113 şi 114 Cod penal, poate fi ilustrat şi cu câteva exemple din practica organelor de urmărire penală şi de judecată.

Astfel, în legătură cu stabilirea existenței ori inexistenței discernământului, în funcție de care făptuitorul urmează a fi ori nu judecat pentru fapta penală comisă şi trebuie dispusă măsura obligării la tratament ori cea a internării într-un institut de specialitate, putem cita dosarul nr.187/P/1995 al parchetului de pe lângă Tribunalul Neamț, privind pe C.G.- Acesta în ziua de 12 martie 1995, pe fondul consumului de alcool, a lovit pe C.M. la cap, cu un obiect contondent, cauzându-i leziuni ce au determinat decesul victimei (art.174 Cod penal).

Inculpatului i s-a efectuat o expertiză psihiatrică de către Laboratorul Exterior de Medicină Legală Iaşi, care a stabilit diagnosticul de "*encefalopatie cronică infantilă, oligofrenie gradul I-II, crize comițiale cu demodulări E.E.G.*", apreciindu-se absența discernământului.

S-a mai efectuat o expertiză psihiatrică la Institutul Medico-legal "Prof. dr. Mina Minovici" Bucureşti, care stabileşte diagnosticul "*encefalopatie infantilă, intelect la limită, anamestic, crize de pierdere a conştiinței*", conchizându-se că cel în cauză are discernământul scăzut.

Ambele expertize recomandau măsuri de siguranță (medicale). Solicitându-se avizul Comisiei Superioare Medico-Legale, aceasta şi-a însuşit concluziile celei de a doua expertize, cu recomandarea aplicării măsurii de siguranță a obligării la tratament medical, prevăzută de art.113 Cod penal, care se poate realiza în condiții de deținere.

În aceste condiții, inculpatul nefiind iresponsabil, a fost trimis în judecată, în stare de arest, cerându-se tribunalului să dispună luarea măsurii de siguranță prevăzută de art.113 Cod penal (în timpul urmăririi penale s-a asigurat acest tratament medical, dispus provizoriu de procuror).

- Într-un alt dosar - nr.663/P/1994 al Parchetului de pe lângă Tribunalul Neamț, privind pe inculpatul L.V., cercetat pentru tentativă de omor, în cursul urmăririi penale s-a dispus efectuarea unei expertize psihiatrice, realizată de Institutul de Medicină Legală "Prof.dr. Mina Minovici" şi care a stabilit diagnosticul de psihoză discordantă stadiul defectual, lipsa discernământului.

Procurorul a dispus scoaterea de sub urmărire penală a inculpatului, a luat provizoriu măsura internării medicale şi a sesizat Tribunalul Neamț pntru confirmarea acestei măsuri de siguranță. Prin



Scanned with OKEN Scanner

sentința promnunțată instanța a confirmat măsura prevăzută de art.114 Cod penal.

Precizăm că măsurile de siguranță prevăzute de art.113 şi 114 Cod penal se dispun la instanța care ar fi fost competentă să judece pe inculpat, pentru fapta pentru care a fost cercetat (în acest sens este constantă şi practica instanței supreme, exemplu deciziile Tribunalului Suprem nr.985/1982, 3/1973).

În ceea ce priveşte încetarea sau înlocuirea măsurilor de siguranță, practica confirmată de Tribunalul Suprem, a statuat că se dispune de instanța în a cărei rază teritorială se află unitatea medicală, fiind de competența judecătoriei, şi nu a instanței care dispusese măsura respectivă (Tribunalul Suprem decizia penală nr.1320/1985), în acest sens trebuind a se interpreta art.433 aliniat 2 cCod procedură penală.

Dispunerea acestor măsuri derivând dintr-o cercetare penală, nu credem că ar putea fi decisă pe altă cale decât o hotărâre penală, executarea acesteia bucurându-se şi de mai multă rigurozitate şi eficiență.

O unificare a prevederilor din Decretul nr.313/1980, cu cele din textele Codului penal şi a Codului de procedură penală nu ar fi posibilă, fiind vorba de situații mult deosebite ale bolnavilor psihici periculoşi care determină tratarea medicală a acestora.

## COMPETENȚĂ, DISCERNĂMÂNT ŞI DEONTOLOGIE ÎN INTERNĂRILE URGENȚELOR PSIHIATRICE

Conf. Dr. A.NIREŞTEAN, Dr. M. ARDELEAN,
Dr. MARIETA GRECU-GABOS, Dr. MARIA SZATMARI
Clinica Psihiatrie Târgu Mureş

Dinamica diverselor aspecte ale conceptelor menționate, privită ca eferență a relației medic-pacient, este abordabilă şi în contextul particular al urgențelor psihiatrice. Domeniul oferă un teren propice dezbaterilor etice pentru că aspectele etico-morale existențiale se înregistrează doar în situații limită, în rest confundându-se cu stricta convenționalitate a moravurilor.

Privind relația terapeutică în perspectiva moralității ei remarcăm delicatețea problematicii dreptului la autodeterminare al pacientului. Vulnerabil structural şi/sau conjunctural acesta e supus - cu precădere în situațiile de urgență - unei judecăți medicale dar şi uneia morale individuale şi comunitare.



Scanned with OKEN Scanner

Deontologia medicală reprezintă teritoriul etic centrat de problematica datoriei iar demersul aferent vizează "*ceea ce se cuvine*" şi "*ceea ce este necesar*" pentru respectarea normelor moralei medicale şi pentru creşterea calităţii actului medical. Atributele menţionate se substituie coordonatelor fundamentale ale conştiinţei profesionale a psihiatrului care se raportează perpetuu la competenţa pacientului sau la discernământul acestuia, în cazul unor fapte antisociale. Prezenţa discernământului presupune atunci intenţionalitate şi deci vinovăţie conferind caracter penal actului respectiv.

Parafrazând un clasic putem afirma că fiecare persoană este conştientă de sine dar nu toate persoanele sunt sau înseamnă şi conştiinţe. Conştiinţa presupune unificare, identificare - *cum scio* = a şti împreună cu - relaţia interpersonală medic-pacient însemnând şi în cazul urgenţelor psihiatrice o decizie comună, situată în afara oricărei constrângeri, atât în perspectiva diagnostică cât şi în cea terapeutică. Această decizie nu este posibilă decât în condiţiile prezenţei capacităţii pacientului de a comunica şi a înţelege, de a-şi defini conceptul de bine şi de a delibera, deci în contextul competenţei lui.

Conceptul de competenţă glisează în cel de discernământ pe terenul dintre normele morale şi reglementările juridice. Afirmaţia este valabilă atunci când internarea de urgenţă este echivalentă cu spitalizarea involuntară. În evaluarea discernământului şi în consecinţele acesteia asupra libertăţii persoanei şi asupra armoniei comunitare se regăseşte dimensiunea tragică a deciziei amintite.

Psihiatrul - aflat în postura de exponent al ethosului comunitar - trebuie să găsească şi justificarea morală a intervenţiei sale şi să acţioneze doar în interesul unui pacient informat, cu cele mai potrivite şi eficiente mijloace, atent însă şi la opinia microgrupului familial şi vizând binele colectiv. Lipsit de orice prejudecată, terapeutul din serviciul de urgenţă este şi primul protector al demnităţii individuale umane.

Reperele atitudinale descrise se adresează în situaţia spitalizării involuntare, periculozităţii pacientului - deci potenţialului sau manifestărilor sale cu caracter auto- sau heteroagresiv iar într-o viziune paternalistică şi statutului socio-familial şi economic deficitare ale acestuia.

Într-un elaborat demers deontologic am abordat modalităţile de implicare a psihiatrului în optimizarea calitativă a internărilor de urgenţă. Aceasta în virtutea dreptului şi datoriei lui de a proteja persoana umană de efectele traumatizante ale destinului ei psihopatologic sau de cele secundare exacerbării conjuncturale a principalilor factori de vulnerabilizare.



Scanned with OKEN Scanner

Am urmărit un lot de pacienți internați prin serviciul de urgență al clinicii psihiatrice târgumureşene între 1.I.1995 şi 1.V.1996. Nu au fost selectați cei consultați în prealabil în alte servicii sau la nivelul L.S.M. teritorial. Cele 92 de cazuri au fost abordate prin prisma apartenenței la diversele categorii nozologice şi a datelor biografice.

Am apelat la anamneză şi heteroanamneză cât mai completă în contextul precarității datelor şi deseori a surselor de informații. Au fost consemnate cu maximă exactitate datele legate de debutul şi secvențialitatea actelor pacientului care au atras atenția sau au perturbat anturajul. De câte ori a fost posibil am efectuat şi un bilanț somatic incluzând şi bolile asociate, primordial pe cele de natură neurologică. Faptele care au motivat internarea au fost divizate în autoagresive şi heteroagresive, incluzându-le şi pe cele cu caracter penal.

Decizia internării a fost luată după sintetizarea informațiilor şi raportarea lor la următoarele criterii:

- cererea pacientului care apelează voit la serviciile medicale psihiatrice;
- cererea familiei atunci când acesteia îi este imposibilă continuarea îngrijirii pacientului;
- cererea autorităților care au sesizat caracterul psihopatologic al faptelor sau periculozitatea acestora prin ambianță;
- potențialitatea sau evidența pericolului vital;
- necesitatea asigurării protecției pacientului lipsit de orice mijloc de subzistență sau definitiv marginalizat social datorită handicapului psihic.

În situația în care pacientul a refuzat internarea propusă după criteriile amintite, aceasta a fost totuşi decisă aferent conceptului de bine individual şi colectiv.

În cadrul procesului eşalonat de stabilirea competenței pacientului, într-o etapă ulterioară celei a internării, au fost efectuate investigațiile psihometrice aferente structurii personalității. Am asociat de asemenea explorarea psihometrică a nivelului intelectual, examinări de neurofiziologie cerebrală, în 30% din cazuri fiind posibile şi microanchete socio-profesionale.

Pacienții astfel internați şi evaluați sunt în proporție de 25% de sex feminin şi 75% de sex masculin, faptul confirmând implicarea preferențială a acestuia în problematica aferentă internărilor urgențelor psihiatrice.

În cadrul lotului, aferent criteriului vârstei, decadele cele mai bine reprezentate sunt a 5-a, a 6-a, a 4-a şi a 2-a în această ordine descrescândă, factorii organo-lezionali cerebrali şi cei toxici fiind decişi în



Scanned with OKEN Scanner

stabilirea ei alături de vulnerabilitatea constituțională a structurii personalității.

Complexitatea şi ritmurile vieții citadine sunt reflectate în apartenența a 60% din pacienți mediului urban. Accesibilitatea la sistemul de asistență psihiatrică trebuie însă şi ea vizată în acest context.

Conform criteriului profesional, majoritatea pacienților - 70% - aparțin categoriilor şomerilor, a celor fără ocupație , a casnicelor şi a pensionarilor de boală, faptul confirmând rolul de factor de risc pentru urgențele psihiatrice a statutului profesional deficitar.

Prin prisma apartenențelor nozologice, 40% dintre cazuri au prezentat tulburări depresive de tipul depresiilor majore episodice sau a celor secundare pe fond toxic etilic sau somatopat. 25% au fost cazuri cu episoade confuzive de tip exogen, postcritice la epileptici sau aferente terenului vascular şi involutiv. Urmează cantitative internările celor cu tulburări de personalitate de tip exploziv, antisocial, paranoic şi pitiatic - 20% -, ale oligofrenilor 8%. În rest internările s-au adresat în ordine descrescândă schizofrenilor, tulburărilor schizo-afective, respectiv psihozelor maniacale şi delirului interpretativ - câte un caz.

Un codeterminant direct al periculozității conduitei l-a constituit în 30% din cazuri abuzul alcoolic acut.

Dintre cei 92 pacineți, 66 au fost internați pentru prima dată, majoritatea fiind depresivi şi cu tulburări de personalitate, restul cu 2-3 internări în antecedente fiind reprezentați îndeosebi prin etilici, discordanți şi epileptici.

Dintre pacienți 55% au fost internați pentru conduite autoagresive manifeste sau potențiale, 40% pentru heteroagresivitate manifestă, incluzând şi cele zece cazuri de autori a unor fapte cu caracter penal: furturi, violuri, tâlhării, accidente de circulație cu consecințe grave, la 5% fiind descriptibile conduite mixte.

Indiferent de contextul etiologic recidivele actelor heteroagresive sunt de 2,5 ori mai numeroase decât cele ale actelor autoagresive la pacienții studiați. Faptul confirmă unele din atributele heteroagresivității printre care şi promptitudinea reacției comunității afectate precum şi mentalitatea încă larg răspândită aferentă secțiilor psihiatrice care reprezintă cel mai accesibil loc de aplicare a măsurilor coercitive şi simultan curative în cazul antisocialității manifeste.

Exceptând pacienții cu deliruri micromanice sau/şi halucinații imperative ca şi decompensările unor tulburări de personalitate, competența majorității celor cu acte autoagresive - 70% este confirmabilă. Internarea şi tratamentul lor s-au făcut cu acordul personal şi/sau al familiei.



Scanned with OKEN Scanner

Pacienții heteroagresivi s-au dovedit cu preponderență incompetenți - 75%, ei fiind internați la cererea autorităților, a familiei sau a altor membri ai rețelei de suport social. Psihiatrul a apelat şi la o terță opinie în vederea deciziei aferente tratamentului acestor cazuri.

Internările celor cu tulburări de conştiință dominante au fost decise împreună cu membrii microgrupului socio-familial sau/şi profesional de cele mai multe ori. Absența sau ambuguitatea mijloacelor predictive care să permită psihiatrului anticiparea gradului de periculozitate a conduitei motivează atitudinea descrisă.

În genere, cu excepțiile amintite, convingerea pacientului incompetent asupra oportunității internării a fost facilitată de asigurarea confidențialității şi duratei limitate a internării ca şi de posibilitatea sugerată a apelului de mijloace de investigație sau terapie cu eficiențe confirmate şi asupra unor eventuale suferințe somatice asociate. Unele avantaje în plan administrativ-profesional s-au dovedit de asemenea factori adjuvanți ai acestui demers.

După dispariția circumstanțelor care au impus internarea involuntară şi tratamentul aferent, acesta a fost întrerupt iar problematica pacientului a fost rediscutată de câte ori a fost posibil prin prisma consimțământului voluntar. S-a apelat în acest context la principiile beneficiului individual şi al utilitarismului care şi-au reconfirmat eficiența.

Au făcut excepție cele zece cazuri internate în urgență pentru evaluarea stării psihice aferent stabilirii discernământului. Contribuția psihiatrului s-a limitat în aceste situații la descrierea structurii personalității şi a reactivității individuale raportate la calitatea nivelelor conştiinței şi la experiența existențială. Colaborarea ulterioară cu medicul legist în cadrul expertizei psihiatrico-legale a fost decisivă în stabilirea responsabilității.

Confirmând sau infirmând diferitele statistici gravitatea faptelor abordate este legată direct de motivații psiho-patologice. Ele explică cel mai adesea şi reuşita tentativelor autolitice.

În situațiile internărilor de urgență abordate, psihiatrul este cel care trebuie să-şi asume responsabilitatea unei decizii obiective care să excludă alte interese în afara celor ale pacientului şi ale colectivității.

Situat între datorie şi morală dar şi între datorie şi lege, psihiatrul e obligat mereu să încerce în cazul internărilor involuntare, delimitarea medicalului de juridic. Demersul său implicând calități profesionale şi umane, este simultan unul moral şi axiologic vizând identificarea binelui personal cu cel colectiv.

Se impune ca o necesitate primordială elaborarea unui cod deontologic şi corespunzător acestuia a unui cod juridic aferente situației limită a internărilor şi terapiei involuntare a unor categorii de urgențe



Scanned with OKEN Scanner

psihiatrice subdivizate conform unei criteriologii simultan nosologice, sociale şi spirituale.

**Bibliografie**:


1. *Brânzei P., Sârbu Aurelia şi col.*: Psihiatrie, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1981.
2. *Bruce E., Siegel L.*: The Rights of Mental Patients, Avon, New-York, 1973.
3. *Chiriță V., Chiriță Roxana*: Etică şi Psihiatrie. Prolegomena Filozofiei, Ed. Symposion, Iaşi, 1995.
4. *Cirome L., Green L., Fost R.*: Lenght of stay and recidivism on a psychiatric intensive care unit. Hosp and Community Psychiatry 45, 74-76, 1994.
5. *Dzer A. R.*: Ethics and Psychiatry: Toward Professional Definition, American Psychiatric Press, Washington D.C., 1987.
6. *Evans D.*: Ethicist and Patient: What is their Relationship? In principles of Health Care Ethics (Ed. R. Gillon), John Whiley and Sons, 1993.
7. *Fairbairn S., Fairbairn G.*: Pszchology, Ethics and Change, Routledge and Kegan Paul, London, 1987.
8. *Gibbs R. F.*: Informed Consent - What Is and How to Obtain It Legal Aspects of Medical Practice, 1-6, 1987.
9. *Greaves D.*: Optimism in Medicine and Health Care, Bull of ESPMH, Nijmegen a, 1, 17-36, 1994.
10. *Jonsen AR., Siegler M., Winslade WJ.*: Clinical Ethics, ed. 2, Macmillan New-York, 1986.
11. *Lakin M.*: Ethical Issues in the Psychoterapies, Oxford University Press, 1988.
12. Lăzărescu M.: Psihopatologia clinică, Ed. Helicon, Timişoara, 1994.
13. *Maxmen I. S., Ward N. G.*: Essential Psychopatology and its Treatment, Second Ed. Revised for DSM IV, WW Norton and Co, New- York, London, 1995.
14. *Mircea C.*: Etica tragică, Ed. Cartea Românească, 1995.
15. *Pavelcu V.*: Drama psihologiei, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1972.
16. *Singer P. (Ed.)*:A Companion to Ethica, Blackwell Reference, Oxford, 1991.
17. *Stone A.*: Law, Psychiatry and Morality, American Psychiatric Press, Washington D.C., 1984.
18. *Sider R.C.*: The ethics of therapeutic modality choice, Am. J. Psychiatry 141:390, 1984.
19. *Stone A.*: Law, Psychiatry and Morality, American Psychiatric Press, Washington D.C., 1984.
20. *Strong C.*: Informed consent: Theory and Practice, J. of Med. Ethics, 5, 196-199, 1979.
21. *Vahl Davis V de*: How Informed is Informed Consent?, bull of Medical Ethics, London, 76, 13-18, 1992.
22. *Winslade WIJ*, Ross JW: Privacy, Confidentiality and Autonomy in Psychoterapy, Neb Low Rev 64: 578, 1985.
23. *Winslade WJ*: Ethics in Psychiatry, in Comprehensive Teutbook of Psychiatry (Ed. H.I. Kaplan, J. Sadock), Williams co. Willinks, New-York, 1989.




Scanned with OKEN Scanner

# INTERFERENȚE MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE ÎNTR-UN STUDIU CLINICO-STATISTIC

Conf. Dr. P.BOIȘTEANU(1), Prim procuror C.ILAȘ(2),
Dr. ANA-MARIA GRIGORESCU(1), Dr. CARMEN ZAHARIA(1)
(1) - Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași
(2) - Parchetul de pe lângă Curtea de Apel Iași

Comportamentul deviant fie că întruneşte caracteristicile unei aparente normalități, fie că este expresia unei autentice disociabilități psihopatologice constituie întotdeauna o realitate existențială de o mare complexitate cu un substrat etiologic polimorf în care fiecare factor de risc deține o anumită pondere şi un anumit grad de permanență sau conjuncturalitate. Precizarea unui asemenea raport este necesară pentru clarificarea particularităților criteriului de diagnostic şi prognoză, cât şi a întregii asistențe, ca şi a contribuției la protecția şi promovarea stării de sănătate mentală a unei populații.

Toate formele de comportament patologic cu expresivitatea lor generală de disociabilitate, prin perturbarea conştiinței de sine şi a raportului cu alții, se înscriu în general în aria de competență a psihiatriei şi în mod special a psihiatriei medico-legale când îmbracă un aspect antisocial.

Aria generală de referință care străbate caracteristic şi dominant asistența psihiatrică a cazurilor medico-legale este problematica comportamentului în ansamblul său individual şi de relație ca expresie a stării de conştință şi a personalității, iar în raport de acesta, analiza lui pentru situațiile precis enunțate de justiție.

Comportamentul deviant patologic reprezintă o realitate dar, deşi bolnavii psihici comit acte antisociale, aceasta pare să reprezinte un procent relativ redus din criminalitatea generală. De altfel aşa cum remarca şi Gunn comportamentul deviant fiind atât de frecvent nu este de mirare ca el să includă în structura sa şi un număr de persoane prezentând tulburări psihice. Este adevărat că devianța patologică survine într-un context psiho-afectiv morbid cu motivații afective distorsionate (ceea ce nu constituie obligatoriu situația devianței non-patologice) dar studiul stărilor discomportamentale patologice poate contribui semnificativ la elucidarea comportamentului deviant în general şi a celui patologic în special, chiar dacă fenomenul devianței în sine rămâne discutabil şi contradictoriu.

Studiul prezent ia în discuție o serie de aspecte ale comportamentului deviant patologic utilizând o cauzistică de peste 45.000 de cazuri în ultimii 30 de ani. În perioada anlizată cazuistica



Scanned with OKEN Scanner

medico-legală psihiatrică a crescut cu mici excepții nerelevante de la an la an. Acest fapt indică atât o creştere a devianței penale în sine dar reflectă mai ales unele schimbări semnificative care s-au produs în domeniul social: familii dezorganozate, delictuale şi/sau marginale; schimbări ecologice cum ar fi anturajul apropiat, cartie, grad de urbanism, domiciliu; elemente economice; şoc cultural; schimbări de direcții politice; anumie etc. Astfel dacă în perioada 1966-1975 numărul prestațiilor medico-legale psihiatrice a fost de circa 8.000 cu o medie anuală de 887 examinări, pentru ca în intervalul 1976-1985 să se efectueze peste 14.000 de expertize cu o medie anuală de 1.165 de subiecți, iar în perioada 1986-1995 să se înregistreze circa 16.000 de expertize cu o medie anuală 1.489 subiecți. În cadrul general al perioadei menționate există unele diferențe semnificative privind felul infracțiunilor şi ponderea deținută de fiecare, tpologia bolilor psihice implicate în comiterea faptelor antisociale etc.

Semnificația unor parametri generali la nivelul întregii populații examinate în perioada amintită a evidențiat în medie următoarele aspecte:

- **sexul** a fost în majoritatea cazului cel masculin (88%); cel feminin nedepăşind 12%;
- **vârsta** subiecților adulți se situează în primele 5 decade de viață cu un maxim pentru categoria de vârstă 18-24 ani şi 25-34 ani;
- **mediul de proveniență** indică o uşoară predominanță a urbanului (63%) față de rural (37%);
- **nivelul instrucțional** este deficitar (neşcolarizați, şcoală elementară, şcoli speciale) în 47% din cazuri; doar un procent infim 2,5% din cei expertizați au avut o instrucție de tip superior;
- **alte elemente semnificative** luate în studiu sau au fost: consumul de alcool aşa cum rezultă din datele avute la dispoziție a fost prezent în 45% din cazuri; dezorganizarea familială a fost găsită în 32% din cazuri; recidiva discomportamentală s-a regăsit în 15% din cazuri;
- **antecedentele psihoorganice semnificative**, consemnate în documentele medicale şi care s-au întâlnit în cel puțin 15% din totalul cazurilor examinate au fost: sechele după TCC, alcoolism cronic, dizarmonii de personalitate, tentative de suicid.
- **alți factori de risc amintiți** pentru care nu dispunem de o cuantificare corespunzătoare au cuprins: carențe afective, frustări şi conflicte diverse, traume psihoafective, absența controlului familial, medii familiale şi modele parentale nocive, abandon socio-moral față de copii, dezinteres pentru şcoală. Experiența clinică şi studii anterioare înscriu în mod cert factorii amintiți alături de alții printre cauzele ce contribuie decisiv la structurarea unor personalități deficitare, dizarmonice, cu



Scanned with OKEN Scanner

trăsături specific negative, favorabile decompensării comportamentale (indiferență afectivă, tendințe impulsiv-agresive, egocentrism, labilitate psihoemoțională etc.).

Lotul bolnavilor psihici cu comportament deviant examinat de noi a reprezentat 21,5% din totalul cazurilor examinate şi avut, în medie pe întreaga perioadă, următoarea configurație nozografică:

| CONFIGURAȚIE NOZOGRAFICĂ | % |
|---|---|
| *personalități dizarmonice - psihopatii* | 24,3 |
| *oligofrenii* | 11,5 |
| *epilepsii (inclusiv psihozele epileptice)* | 8,6 |
| *alcoolism cronic (inclusiv psihozele alcoolice)* | 8 |
| *stări depresive - reactive* | 7,5 |
| *schizofrenii* | 6,8 |
| *sechele psihice posttraumatice* | 5,8 |
| *psihoze de involuție* | 5,7 |
| *psihoze afective* | 5,3 |
| *neurolues* | 1,9 |
| *deliruri cronice sistematizate* | 1,5 |
| *alte afecțiuni* | 13,1 |

Trebuie subliniat faptul că în decursul timpului unele categorii de boli psihice au rămas în medie staționare ca frecvență (epilepsii, sechele după TCC, psihoze de involuție, deliruri cronice sistematizate), altele şi-au diminuat semnificativ importanța (neurolueşul, schizofranii, psihoze afective), în timp ce anumite afecțiuni contribuie în prezent cu o incidență crescută la cota comportamentului deviant patologic (personalități dizarmonice şi psihopatii, alcoolism, oligofrenii, stări reactive).

În ceea ce priveşte tipologia infracțiunilor comise - după clasificarea legală - de către bolnavii psihici investigați, se reamarcă ponderea mare a infracțiunilor cpntra avutului privat şi public (furt, tâlhărie, distrugere, delapidare) care continuă să dețină primul loc (aproximativ 40%) în totalul faptelor antisociale cu caracter patologic - ca de altfel şi în devianța generală - având tendința de creştere în special furtul şi tâlhăria.

**Infracțiunile contra vieții, integrității corporale şi a sănătății** (omucideri, loviri şi vătămări corporale) au frecvență medie de aproximativ 12,5%.

Demn de luat în discuție, chiar cu un studiu mai aprofundat, sunt **infracțiunile care aduc atingere relațiilor de conviețuire socială** şi care au o tendință progresivă de creştere ca cele contra bunelor



Scanned with OKEN Scanner

moravuri şi tulburarea liniştei publice, rix-uri, vagabondaj şi care au ajuns în ultima decadă a studiului de la 3% în 1985 la 23% în 1995.

Au rămas relativ staționare circa 11% **infracțiunile privitoare la viața sexuală** (viol, perversiuni sexuale, corupție sexuală, incest) rolul decisiv în acest context deținându-l psihopatiile.

Oscilații nesemnificative au înregistrat şi **infracțiunile de serviciu** ca de exemplu neglijențele, traficul de influență (8%).

Alte infracțiuni comise de bolnavii psihici dețin pe ansamblu aproximativ 15,5%.

Deoarece dimensiunile lucrării de față nu ne permite discutarea în detaliu a caracteristicilor comportamentului deviant în bolile psihice, precum şi particularitățile diferitelor reacții medico-legale prin tulburări mintale, vom face în continuare o trecere în revistă doar a unor aspecte legate de omuciderile patologice (omor, omor calificat, omor deosebit de grav, pruncucidere, omor din culpă, tentativă de omor), Această categorie de infracțiuni, ca manifestare impulsiv-agresivă extremă, fiind relevantă pentru bolnavul psihic. Astfel omorul patologic a deținut în perioada analizată circa 7,2% din totalitatea actelor antisociale comise de bolnavii psihici, evidențiindu-se o uşoară creştere în ultimul timp (de la 3,4% în 1966 la 8,7 în 1995).

Omuciderile patologice au fost comise în medie de următoarele categorii de bolnavi:

| AFECȚIUNI | % |
|---|---|
| oligofrenii | 16,2 |
| psihopatii | 12,7 |
| epilepsii | 8,6 |
| alcoolism cronic | 8,1 |
| psihoze de involuție | 7,8 |
| deliruri cronice sistematizate | 6,6 |
| schizofrenii | 6,4 |

În cadrul fiecărei boli luate separat, omuciderile patologice dețin următoarea pondere:

| BOALĂ PSIHICĂ | OMUCIDERE PATOLOGICĂ |
|---|---|
| psihopatii | 17,8% |
| epilepsii | 9,3% |
| alcoolism cronic | 8,9% |
| oligofrenii | 7,6% |
| psihoze de involuție | 7,4% |
| deliruri cronice sistematizate | 7,1% |
| schizofrenii | 6,5% |

Prezentul studiu valorifică parțial unele date semnificative reieşite din bogata cazuistică a morbidității ,medico-legale psihiatrice, examinată



Scanned with OKEN Scanner

într-o perioadă mare de timp ce deschide de fapt perspectivele ce se încriu în contextul actualelor direcții de cercetare interdisciplinară a fenomenului devianței în condiții sociale noi şi care conduc spre un caracter tot mai accentuat a prevenției şi profilaxiei manifestărilor discomportamentale de sănătate mentală a populației.

Legat de acest ultim aspect se impune aici luarea în discuție a unui concept destul de neclar definit din punct de vedere medico-legal: cel de *periculozitate* în psihiatrie. Se obişnuieşte a se considera despre un individ că este periculos pentru că a comis un act antisocial grav; în fapt acest diagnostic postdelictual nu este nici el lipsit de a fi supus criticilor pentru că anumiți delincvenți emoționali sau pasionali îşi epuizează periculozitatea în actul antisocial. Astfel pare util de a reaminti o serie de criterii generale ce par circumscrise periculozității:

- antecedente judiciare
- posedarea şi gustul pentru arme albe, de foc şi altele
- abuzul de alcool sau/şi uzul de droguri
- acțiuni şi activități periculoase cum ar fi conducerea agresivă periculoasă a automobilelor; practicarea unor sporturi violente sau periculoase (karate, box etc).
- constituția fizică robustă la persoane violente ce nu-şi pot controla agresivitatea.

Printre criteriile medico-psihologice ale periculozității putem aminti:

- mediocritatea sau deteriorarea facultăților intelectuale
- disimularea, reticența sau negarea adevărului
- anumite trăsături de caracter: temperament activ, pasionat, impulsiv sau sentimente de frustare şi inferioritate, tendințe perverse sau sadice
- episoade de agitație psiho-motorie, depresie, îngustarea câmpului de conştință, acompaniate de idei exprimate de suicid sau omucid; de o manieră generală existența unei situații de criză
- evidențierea în cursul manifestărilor psihotice acute sau cronice a halucinațiilor cu caracter imperativ, tendințelor omucidare, idei de autoacuzare sau persecuție
- absența sau ineficacitatea chimioterapiei.

Analiza acestor elemente generale şi medico-pihiatrice oferă o ondicație destul de valabilă asupra importanței riscului teoretic pe termen scurt (perioada de criză predelictuală) sau pe termen lung şi conduce la aprofundarea în viitor a cercetărilor sistematice în aceste direcții.



Scanned with OKEN Scanner

# URGENȚA PSIHIATRICĂ - UNELE ASPECTE TEORETICE PARTICULARE PRIVIND PACIENȚII SPITALIZAȚI INVOLUNTAR

Conf. Dr. P. BOIȘTEANU(1), Dr. R. ANDREI(1), Dr. DIANA ILIEȘ(1), Dr. ANA MARIA GRIGORESCU(1), Dr. M. GOTTLIEB(1), Prim Procuror C. ILAȘ(2)
(1) - Spitalul Universitar de Psihiatrie "Socola" Iași
(2) - Parchetul de pe lângă Curtea de Apel Iași

Deși considerată o problemă de sănătate publică, nu există încă un acord perfect în definirea noțiunii de "*urgență psihiatrică*", deoarece este un concept subiectiv și totodată, în practică, există numeroase "*stări critice acute*" greu de încadrat.

Urgența psihiatrică apare ca o stare ce amenință integritatea corporală a bolnavului (prin sinucidere, automutilare); integritatea corporală a altor persoane (prin acte de heteroagresiune); integritatea funcțională și psihologică a bolnavului; integritatea funcțională și psihologică a familiei sau grupului social în care trăiește bolnavul.

Reprezentând o tulburare profundă de gândire, percepție, afectivitate și comportament, urgența psihiatrică se diferențiază în parte de alte urgențe medicale, pentru că se suprapune aproape în totalitate peste noțiunea de periculozitate și impune intervenția imediată, indiferent dacă este acceptată sau nu de către pacient. Identificare și evaluarea stării de urgență și periculozitate pot fi realizate de:

1. pacientul însuși, care simte nevoia de ajutor medical;
2. familie, prieteni, colegi de muncă;
3. medicul de medicină generală sau medicii nepsihiatri specialiști;
4. medicul psihiatru.

Conform definiției cuprinse în Decretul 313/1980, "*sunt periculoși bolnavii psihici care, prin manifestările lor, pun în pericol viața, sănătatea, integritatea corporală proprie sau a altora, importante valori materiale, sau tulbură în mod repetat și grav condițiile de muncă ori de viață, în familie sau societate*". Instituirea tratamentului medical obligatoriu este deci, necesară în situația existenței unui grad de tulburare mintală care este periculoasă pentru bolnav sau pentru persoanele cu care vine în contact.

Această definiție dată periculozității este la fel de puțin valabilă ca oricare altele existente, astfel încât suntem obligați să conchidem că rămâne la dispoziția numeroaselor interpretări. Din punct de vedere juridic conceptul de "*periculozitate*" sau cel de "*urgență psihiatrică*" implică o suprapunere de concepte (medicale - juridice). Pe de altă parte, se poate nota o extindere a atribuțiilor medicale, medicul psihiatru exercitând o funcție restrictivă prin "*internarea și tratamentul obligatoriu*",



Scanned with OKEN Scanner

deşi el nu dispune de criterii optime pentru definirea periculozității. După Michel Benezech, periculozitatea este un diagnostic postdelictual, deoarece anumiți delincvenți "*emoționali*" şi "*pasionali*" îşi epuizează periculozitatea într-un act antisocial.

Problema rămâne deschisă. Până unde putem merge cu tendința de a numi drept periculoasă o persoană?

Există o serie de **criterii teoretice generale** şi medico-psihologice referitoare la periculozitate. În criteriile generale sunt incluse:

- **antecedente judiciare** (polițieneşti şi penale): motive de interpelare sau arestare, tipul comun de delincvență, condamnări pentru amenințare de moarte şi răniri, port de armă ilegal, incendiu voluntar, homicid. Facem mențiunea că o impresie empirică pare a sugera că cei care recidivează, de mai multe, în fapte penale grave, sunt persoane care nu au fost supuse niciodată măsurilor de internare obligatorie (conform art.114 C.P.).

- **antecedentele psihiatrice**: internările obligatorii sau voluntare anterioare. Prin ele însele, aceste antecedente nu pot reprezenta un criteriu de periculozitate. Caracterul imprevizibil al conduitei unui bolnav psihic este un atribut care poate fi aplicat şi personalităților aşa-zis "*normale*".

- **posesia de arme** (albe, de foc). Înclinația către posedarea de arme poate constitui, până la un anumit punct, criteriu de periculozitate. O persoană (normală, dizarmonică) poate fi tentată, la un moment dat, să le folosească de o manieră irațională. Dar în legislația noastră, riscul ca un bolnav psihic să dețină arme este improbabil. Situația se poate aplica debutului unor boli psihice, însă cu un mare grad de incertitudine. Pe de altă parte, posesorii de arme sunt supuşi anual unui examen psihiatric, ceea ce elimină, relativ desigur, posibilitatea debutului unor afecțiuni mintale.

- **abuzul de alcool şi abuzul de stupefiante**: existența episoadelor psihotice acute sub diferite forme de beții patologice, bufee delirante şi/sau oniroconfuzive toxice, delirium tremens.

- **conducerea auto periculoasă**: gustul vitezei, conducerea fără permis şi/sau în stare de ebrietate - nu constituie criterii valabile.

**Criteriile medico-psihologice** ale stării de periculozitate ar fi:

- **mediocritatea, slăbiciunea sau deteriorarea facultăților intelectuale**: sunt de luat în considerație ca şi sugestibilitatea, imaturitatea, sărăcirea afectivă şi etică, absența sentimentelor de culpabilitate.

- **reticența, mitomania şi alte moduri de disimulare**: pot ascunde, în particular la psihotici, intențiile criminale sau suicidare. Existența relațiilor dificile şi a problemelor de cooperare cu echipa de



Scanned with OKEN Scanner

îngrijire şi anturajul pare să reprezinte un element de prognostic defavorabil.

- **anumite elemente caracteriale**: hiperactivitatea, temperamentul activ, bătăios şi pasional, orgoliul, succeptibilitatea, comportamentul coleros cu ameninţări, impulsivitatea, hiperemotivitatea, sentimentele de frustrare şi inferioritate, tendinţele perverse, sadice.

- apariţia episoadelor de agitaţie, excitaţie, depresie, îngustarea câmpului conştienţei, acompaniate de ameninţări de suicid şi/sau homicid.

- **halucinaţiile imperative** (manifestările psihoticilor acuţi sau cronici): intuiţiile şi actele sugerate, provocarea halucinatorie, sentimentul anxios de nesiguranţă sau de atmosferă persecutorie globală cu impresia de înstrăinare, idei de autoacuzare, de prejudiciu, gelozie, hipocondrie, misticism, revendicări sau răzbunări.

- **absenţa sau ineficacitatea tratamentului** este acum unul din elementele majore în evaluarea periculozităţii: opunerea la tratament, diminuarea insuficientă a asteniei, producţiile delirante, revendicările agresive.

În timpul ultimilor 15 ani, standardele prin care o persoană non-criminală poate fi spitalizată involuntar, au fost semnificativ modificate în diferite ţări. Tradiţional, puterea statului s-a bazat pe două principii: *parens patriae* (statul având puterea de a spitaliza anumiţi pacienţi, de exemplu acei care sunt incapabili să se autoîngrijească) şi doctrina puterii poliţieneşti (de exemplu, subiecţii periculoşi pentru alţii). Statutele civile de spitalizare involuntară în majoritatea statelor (americane) acum reclamă periculozitatea subiectului pentru sine sau ceilalţi, cuplată cu boala psihică, ca bază pentru "*restricţia de libertate*" pe care o reprezintă spitalizarea. În statele unde Curtea (tribunalul) a schimbat angajamentul standard civil în acela de periculozitate, mulţi psihiatri au privit această schimbare ca o deviere de la conceptul medical tradiţional de boală şi conceptul de tratament necesar. Reintroducerea consideraţiilor de *parens patriae* alături de "*dreptul la tratament*" al pacienţilor aduce riscuri deciziei psihiatrice referitoare la spitalizarea obligatorie la pacienţii gravi.

Angajamentele standard involuntare variază de la stat la stat şi sunt în continuă schimbare în state; deasemenea, variază, în diferite state, persoanele care pot decide spitalizarea involuntară (medici, psihologi, judecători).

Majoritatea statelor au condiţii pentru spitalizarea pe termen scurt, în urgenţă, până când are loc audienţa la tribunal. În cele mai multe state, cel puţin un medic trebuie să semneze certificatul de angajament (spitalizare). Unele state permit poliţiei sau Curţii să semneze în absenţa medicului. Majoritatea statelor au curent o audienţă judiciară pentru



Scanned with OKEN Scanner

angajamentele ne-urgenţe şi pacienţii pot fi reprezentaţi pentru angajamentul civil de către avocaţi. Rolul psihiatrului este acela de a iniţia o poziţie pentru angajament sau de a asista Curtea în procesul de angajament. Curtea este cea care decide problema angajamentului (spitalizarea obligatorie).

Este important de notat că procesul prin care un pacient este spitalizat obligatoriu poate avea un impact nefast asupra pacientului şi în sensul acceptării de către el a tratamentului. Educaţia pacientului asupra procesului, convingerea asupra naturii temporare a oricărui angajament şi explorarea, împreună cu pacientul a însemnătăţii spitalizării involuntare - sunt cele mai bune antidoturi pentru demoralizare, descurajare şi chiar pentru ideaţia suicidară care poate urma unei astfel de decizii.

În ţara noastră, medicii de medicină generală (în urma sesizărilor familiei, colegilor de muncă etc.) sunt obligaţi să examineze bolnavul şi să-l trimită în secţia de psihiatrie. Dar cel care ia hotărârea de internare obligatorie este medicul psihiatru şi în ultimă instanţă el răspunde medical, penal, civil şi moral de decizia sa. Eventual, psihiatrul poate preciza că există o serie de circumstanţe care pot prevedea gradul de periculozitate. Obligativitatea internării şi tratamentului o stabileşte justiţia.

**Bilbliografie**


1. *Lloyd I.Sederer*: Inpatient Psychiatry Diagnosis and Treatment,MD., 1991
2. *Angheluţă V., St. Nica-Udangiu, Lidia Nica-Udangiu*: Psihiatrie preventivă, Ed.Medicală,1986
3. *Bridges P.K.*: Psychiatric emergencies, Ed.Charles C.Thomas Spingfield, 1971
4. *Castaigne P.*: Psychiatrie d 'urgence, Rev.Prat. Paris, 1982 - 12, 31, 3233
5. *Gorgos C.*: Dicţionar enciclopedic de Psihiatrie, Ed.Medicală, Bucureşti, 1992
6. *Beliş V.*: Tratat de medicină legală, Ed.Medicală 1995


## INTERNAREA DE URGENŢĂ ŞI TERAPIA INTENSIVĂ ÎN CADRUL SPITALULUI DE PSIHIATRIE "COŞTIUGENI"- CHIŞINĂU


Dr. A.PLEŞCO, Dr. Iu.BERGHI
Spitalul de Psihiatrie Chişinău


În paleta bogată a maladiilor psihice sunt prezente un şir de sindroame psihopatologice care cer o atenţie deosebită fiindcă prezintă un pericol sporit pentru viaţa bolnavilor psihici. Vom focaliza atenţia supra celor mai răspândite stări critice care cer internare de urgenţă şi terapie intensivă. Ele sunt următoarele:



Scanned with OKEN Scanner

1.- Status epilepticus
2.- Psihozele alcoolice cu patologie somatică agravată
3.- Intoxicațiile exogene
4.- Schizofrenia febrilă.

**1.** Starea de rău epileptic şi crizele epileptice în serie prezintă una din cele mai grave stări critice, mai ales când tratamentul este aplicat cu întârziere. Acestea deseori se depistează la pacienții care locuiesc departe de centrele medicale, în perioada tardivă după operații stereotoxice şi alte intervenții intracraniene, in caz de abandonare bruscă a antiepilepticelor. În evoluția stării de rău epileptic inițial se manifestă insuficiența respiratorie pe fundalul convulsiilor, ca o consecință - hipoxie gravă la care se asociază edemul cerebral, dereglări cardio-vasculare şi devieri patologice a homeostazei. Se formează cercul vicios unde crizele convulsive agravează dereglările metabolismului, ultimul susținând componenta convulsivă.

În planul tratamentului se aplică:

- Profilaxia hipoxiei cerebrale prin oxigenare, hipotermie craniocerebrală.
- Combaterea convulsiilor se efectuează prin aplicarea Diazepamului i/v până la 120 mg/24 ore, Fenitoinei i/v până la 1000-1500 mg/24 ore, barbituricelor: Fenobarbital intramuscular sau Hexenal, Tiopental i/v pentru narcoză generală. Oxibutiratul de Sodiu are o eficacitate pronunțată condiționată nu numai prin efectul anticonvulsivant, dar şi antihipoxic dublu:micşorează necesitatea neuronilor în oxigen şi este substrat de metabolism fără implicarea oxigenului. Se aplică anticonvulsivante şi prin sonda gastrică.
- Pentru combaterea edemului cerebral se foloseşte osmoterapia deshidratantă (mannit, mannitol), saluretici (Lazix şi analogi), glucocorticoizi - de preferință Dexametazonului şi Metipredului.
- Sulfatul de magneziu se aplică cu scop sedativ, anticonvulsivant şi depletiv.
- Cu scopul corijării modificărilor statutului ionic şi echilibrului acidobazic se efectuează infuzii de soluții saline şi hidrocarbonat de sodiu.
- Un efect pozitiv s-a observat în caz de rahicenteză mai cu seamă asociată cu pneumoencefalon cu întroducerea aerului în volum mai mare cu 40-60 ml decât LCR extras.
- În cele mai grave cazuri pacienții sunt narcotizați, intubați, trecuți la respirație artificială pe fundal de miorelaxante.
- Simultan se aplică preparate de susținere a activității aparatului cardiovascular, vitamine şi alte preparate pentru terapie simptomatică.

**2.** Cea mai frecventă psihoză supusă tratamentului intensiv este delirium tremens care apare la sevraj, deasemenea poate apărea şi pe un fondal somatic nefavorabil (pneumonie, hepatită cronică în acutizare,



Scanned with OKEN Scanner

pancreatită, traumatisme cranio-cerebrale etc.). Totodată afecțiunile somatice pot agrava starea pacintului transformând delirium tremens în cel profesional sau musitant cu o evoluție malignă şi prognostic îndoielnic. În ordinea de tratament pe prim plan este jugularea excitației psihomotorii în caz de manifestare, dacă nu se obține rezultatul scontat evoluția are un caracter malign. În perioada inițială este recomandată folosirea Haloperidolului în combinație cu Diazepam, combinație ce în unele cazuri poate abrupe psihoza. În perioada tardivă aplicarea neurolepticilor poate agrava starea pacientului şi ca preparat de prima alegere rămâne Diazepamul. Este rezonabilă folosirea Oxibutiratului de Sodiu şi barbituricelor.Ulterior tratamentul intensiv este orientat spre lichidarea dereglărilor metabolice şi restabilirea homeostazei. În cazuri de hipovolemie, după protecția transparenței sporite a vaselor, profilaxia edemelor periferice, pulmonar şi cerebral, se efectueză rehidratare cu preparate hidrosaline şi substituanți sangvini în proporția 4:1. Se aplică dextrane cu masa moleculară mică şi efect dezintoxicant şi dezagregant (realogic), + hemodoză, reopoliglucină, gelatinol. Rehidratarea țesuturilor (celulară) se efectuază cu soluții de glucoză (5%, 10%) până la 1500 ml pe zi. Se duce evidența strictă a echilibrului hidrosalin şi acidobazic. Până la momentul restituirii se permite ca infuzia să fie mai mare decât diureza mai mult de 400 ml. Apoi în caz de lipsa febrei e dorit diferența să se mențină în limitele 400 ml. În cazul prezenței edemelor periferice, edem cerebral şi/sau pulmonar, paralel cu deshidratarea prin Manitol succedat de Lazix, se fac perfuzii cu dextrane cu masa moleculară înaltă sau plasmă (albumină, proteină) cu scopul de a majora tensiunea osmotică a sângelui. Ulterior, în dependență de rezultatele de laborator se efectuează dezintoxicația cu preponderența soluțiilor de glucoză sau hidrosaline. Diureza trebuie să fie mai mare decât infuzia, sau cel puțin egală ei.Terapia complexă în delirium tremens, în afară de tratament simptomatic a dereglărilor evidente a homeostazei (insuficiența cardio-vasculară, respiratorie), include vitaminele grupei "B" şi vit. "C" în megadoze, hepato şi renoprotectori, nootropi în doze sporite, glucocorticoizi. Antibioticele sunt indicate practic la toți pacienții cu scop profilactic. Un efect foarte evident în terapia deliriunului tremens şi profilaxia encefalopatiilor postdelirante are hiperbaro-oxigenarea şi hemosorbția.

În ultimii ani noi efectuăm radiația intravenoasă cu laser 10-12, şedințe de 40-60 minute. Conform observațiilor clinice, aceasta conduce la sporirea rezistenței organismului, ameliorarea funcției organelor parenhimatoase.

3. Pacienții cu intoxicații exogene pot fi divizați în trei grupe:
   - intoxicații cu preparate fosfororganice



Scanned with OKEN Scanner

- neurolepsie - ca efect secundar al tratamentului antipsihotic cu neuroleptice.

Direcțiile cardinale în cazurile numite mai sus sunt :

- evacuarea agentului toxic din organism prin spălături gastrice şi intestinale repetate;
- enterosorbție cu cărbune activat;
- infuzii în volum sporit, aplicarea antidotelor, corectorilor;
- terapie simptomatică.

E posibilă utilizarea hemosorbției şi hiperbarooxigenoterapiei.

**4.** Schizofrenia febrilă prezintă o formă deosebită a manifestării procesului endogen în cadrul schizofreniei recurente sau cu evoluție progredientă în accese. Separarea ei are o importanță deosebită din cauza evoluției maligne, însoțită de tulburări majore a homeostazei, care în perioada antineuroleptică conducea la o letalitate până la 100%. În perioada contemporană după datele *A.Tiganov*, *A.Olihovskaia* ş.a., letalitatea în schizofrenia febrilă variază de la 72,9% până la 15,1%. În cadrul spitalului nostru în ultimii 5 ani cazuri mortale n-au fost înregistrate.

Această patologie se întâlneşte mai des la pacienții tineri, preponderent de sexul masculin, deseori ca prim acces de endogenie. Debutul e acut. Tulburările psihice constau în anxietate pronunțată, dezorientare, distragere, agitație psihomotorie, manifestări catatonice cu element de impulsivitate, agresivitate, excitație necoordonată, simptome eco, stereotipii verbale şi motorii. Apare negativism, apoi mutism, stare stuporoasă cu rigiditate musculară. Manifestările catatonice pot ondula de la excitație la stupoare, substupoare şi invers. Peste vreo câteva zile (2-3-4) starea psihică se apreciază ca catatono-oneiroidă transformându-se uşor şi repede în stare amentivă.

Starea somatică se caracterizează cu o disfuncție gravă a sistemelor vitale. Apare xeroza mucoaselor şi tegumentelor, dereglări vasculare cu tendința blocului microcirculației, disociație puls-temperatură, succedată de hipertermie până la 40°c, tahicardie pronunțată 140-160 bătăi pe min., căderea tonusului vascular cu hipotonie. Apare edem cerebral, dereglări tonici, tulburări a sistemului hepato-renal, plămân de şoc, pneumonie.

Succesul tratamentului schizofreniei febrile şi prognosticul ei este în raport cu stabilirea precoce a diagnosticului corect. Pacienții necesită infuzii, 3-5-7 litri/24 ore în dependență de gravitatea accesului, utilizând soluții reologice, dezintoxicante, cristaloide, glucoză (5-10), preparate de alimentare parenterală. Terapia simptomatică include: vitamine în megadoze, glucocorticoizi, heparină, cardiotonice, antipiretice, nootropi în megadoze, inclusiv oxibutirat de sodiu, hepato- şi renoprotectori.



Scanned with OKEN Scanner

Antibioticele se indică în scop profilactic. În aspect de tratament patogenetic se foloseşte aminazinoterapia. O importanţă mare are îngrijirea minuţioasă a pacienţilor. Pe fundalul terapiei intensive susnumite pacienţii se află în stare gravă până la o lună de zile şi mai mult.

Este necesar de menţionat că un efect benefic se depistează la aplicarea terapiei electroconvulsive, pericolul şi contraindicaţia căreia sunt aduse la minimum cu apariţia unui aparat nou "*Elicon*". A fost observat, cu cât mai devreme este aplicată susnumita terapie cu atât mai mare este efectul depistat. Noi efectuăm de la 8 până la 12 şedinţe, însă efectul pozitiv, dacă are să fie, se observă de la 3-6 sedinţe.

Cu scop adjuvant de amplificare a tratamentului intensiv folosim hemosorbţia 4-6 şedinţe şi hiperbarooxigenoterapia - 10-12 şedinţe cu o reuşită destul de bună.

Prezenţa secţiei de psihoreanimare în cadrul spitalului "Coştiugeni" ne-a permis să scădem semnificativ mortalitatea pacienţilor ce se află în stările critice, inclusiv cele menţionate mai sus. Cele descrise subliniază necesitatea formării pe lângă spitalele psihiatrice a secţiilor de terapie intensivă.

## ASPECTE ALE INTERNĂRII DE URGENŢĂ ÎN SPITALELE DE PSIHIATRIE DIN REPUBLICA MOLDOVA

Dr. Iu.BERGHI, Dr. I.CATRINICI, Dr. A. PLEŞCO
Spitalul Clinic Psihiatrie "Coştiugeni" - Chişinău

Prevenţia acţiunilor sociale periculoase a bolnavilor psihici necesită în anumite cazuri instituţionalizarea lor urgentă în spitalele de psihiatrie în scopul aplicării metodelor speciale de profilaxie şi tratament.

În Republica Moldova internarea de urgenţă a bolnavilor psihici este efectuată conform "*Instrucţiunilor temporare*" care reglementează activitatea în cauză.

**1.** Bolnavii care din cauza stării lor psihice prezintă periculozitate vădită pentru sine şi anturaj pot fi internaţi în spitalul (secţia) de psihiatrie exclusiv după hotărârea medicului-psihiatru, fără acordul lor şi fără înştiinţarea preventivă şi acordul rudelor şi reprezentanţilor legali.

**2.** Indicaţie pentru internarea de urgenţă este periculozitatea socială a bolnavului (acţiuni agresive, excitaţie psihomotorie, comportament suicidal ş.a. şi deasemenea probabilitatea înaltă a acestor acţiuni), condiţionată de următoarele particularităţi a stării lui maladive :



Scanned with OKEN Scanner

**a** - comportament neadecvat condiționat de starea psihotică (excitație psihomotorie, halucinații, delir, sindromul automatismului psihic, sindromele tulburărilor de conștiință, impulsivitate patologică, disforii marcante);

**b** - delirurile sistematizate, dacă cele din urmă condiționează probabilitatea comportamentului social periculos a pacienților;

**c** - stările depresive, dacă ele sunt asociate cu tendințe suicidale;

**d** - stările maniacale și hipomaniacale, care condiționează tulburarea ordinii publice sau manifestări heteroagresive;

**e** - sindrome psihopatoide în cadrul maladiilor psihice cu tulburări instinctuale;

**f** - stările cu defect psihic sever, care condiționează incapacitatea psihică, neglijența igienică și socială, vagabondajul.

**3.** Nu pot servi drept indicații pentru internarea de urgență în spitalul (secția) de psihiatrie orice stări de ebrietate alcoolică simplă, cu excepția psihozelor acute toxice și variantelor psihotice a stărilor de abstinență. Nu sunt indicații de a spitaliza de urgență persoanele cu reacții afective, cu comportament antisocial pe fundal de tulburări psihopatoide sau nevrotice.

**4.** Persoanele care au comis acțiuni social periculoase, cu conținut penal, sunt trimise la expertiza medico-legală psihiatrică conform legislației în vigoare.

**5.** Spitalizarea de urgență este efectuată nemijlocit de lucrători medicali în baza biletului de trimitere a medicului psihiatru.

**6.** Comisariatele de poliție sunt obligate să acorde ajutor lucrătorilor medicali, în caz de adresare, pentru spitalizarea de urgență a bolnavilor psihici în caz de :

- opunere de rezistență, agresivitate sau posibilitatea lor, altor acțiuni din partea bolnavului, ce ar constitui pericol pentru viața și sănătatea lucrătorilor medicali, deasemenea în caz de tentative de a se ascunde, evada din locul unde a fost depistat bolnavul;
- refuz de spitalizare de urgență din partea rudelor, reprezentanților legali sau altor persoane;
- necesitatea de urmărire și reținere a bolnavului.

**7.** În caz de internare a bolnavului psihic în spitalul (secția) de psihiatrie medicul psihiatru de gardă este dator personal să se convingă în prezența indicațiilor pentru spitalizarea de urgență și să însemne pe



Scanned with OKEN Scanner

foaia de titlu a "*Foii de observație*" şi în "*Registrul de spitalizare şi refuz de internare*" faptul că bolnavul este internat de urgență.

În caz că medicul psihiatru de gardă nu depistează temei pentru spitalizarea de urgență, iar bolnavul sau rudele şi reprezentanții legali nu acceptă internarea, medicul de gardă refuză internarea acestui bolnav şi motivează în scris acțiunile sale în registrul menționat mai sus.

**8.** Administrația spitalului (secției) de psihiatrie, iar în zilele de odihnă - medicul de gardă, sunt obligați imediat să informeze în formă scrisă sau prin telefon rudele pacientului sau reprezentanții lui legali, deasemenea - structura medicală ierarhic superioară despre spitalizarea bolnavului; în foaia de observație se înscrie cine, când, cui şi în ce formă a trimis înştiințarea.

**9.** Bolnavii psihici internați în spitalul (secția) de psihiatrie în mod de spitalizare de urgență sunt supuşi timp de 24 ore (cu excepția zilelor de odihnă) examenului de o comisie constituită din medici psihiatri (medic curant, şef secție şi medic şef sau medic şef adjunct), care hotăreşte veridicitatea internării de urgență şi necesitatea efectuării tratamentului obligatoriu. Concluzia comisiei se înscrie în foaia de observație cu iscăliturile membrilor comisiei. În caz că unul din membrii comisiei nu-i de acord cu hotărârea comună, el este obligat să înscrie în foaia de observație părerea sa particulară.

Dacă comisia consideră necesar de a lăsa bolnavul în spitalul (secția) de psihiatrie pentru efectuarea tratamentului obligatoriu, administrația spitalului (secției) în timp de 24 ore trimite concluzia motivată despre acest fapt pentru informație, evidență şi control psihiatrului principal MS, deasemenea informează despre aceasta rudele sau reprezentanții legali ai pacientului.

Noi considerăm că concluzia comisiei trebuie să fie trimisă nu psihiatrului principal, dar procurorului structurii administrative unde se află spitalul (secția) de psihiatrie, deoarece spitalizarea neîntemeiată în spitalul de psihiatrie este încălcarea legii, acțiune ce prevede răspundere penală.

Concluzia comisiei despre lipsa motivelor pentru spitalizare de urgență şi tratament obligatoriu dictează externarea imediată a bolnavului. Aceşti bolnavi pot fi supuşi tratamentului staționar numai prin acordul lor.

**10.** Bolnavii psihici internați de urgență în spitalul (secția) de psihiatrie sunt supuşi examinării de către comisia medicilor psihiatri în componența medicului curant, şefului de secție şi medicului şef (medicului şef adjunct sau persoanei numite de către medicul şef) nu mai rar de o dată în lună pentru soluționarea problemei de încetare sau



Scanned with OKEN Scanner

continuare a tratamentului obligatoriu. Concluzia comisiei se înscrie în foaia de observație a bolnavului.

În caz de aflare în staționar a acestor bolnavi mai mult de șase luni hotărârea despre continuarea tratamentului obligatoriu este luată de psihiatrul principal al MS nu mai rar de o dată la șase luni în baza concluziei motivate înainte de către comisia medicilor psihiatri a spitalului (secției) de psihiatrie.

Considerăm că ar fi binevenită propunerea de a soluționa problemele în cauză la nivelul medicului șef a spitalului de psihiatrie.

**11.** Psihiatrul principal al Ministerului Sănătății este obligat să efectueze control sistematic asupra respectării dispozițiilor instrucțiunii date prin inspectarea instituțiilor medicale, unde sunt asistați obligatoriu bolnavii psihici internați de urgență, prin studierea și analiza concluziilor comisiilor medicale responsabile de internarea de urgență.

În viziunea autorilor comunicării date paragraful nr.11 poate fi omis, deoarece controlul asupra respectării instrucției în cauză trebuie să fie efectuat de către procuratură fiindcă nerespectarea acestei instrucțiuni prevede atragerea la răspundere penală.

**12.** Hotărârea despre aplicarea internării de urgență și/sau efectuarea tratamentului obligatoriu poate fi supusă unui recurs depus de bolnav, rudele lui sau reprezentanții lui legali, către psihiatrul principal, judecătorie sau poate fi supus unui protest din partea procurorului.

Cele descrise mai sus fiind supuse unor modificări neînsemnate pot sta cu siguranță la baza Legii despre internarea de urgență a bolnavilor psihici, care este mult așteptată.

## STUDIU PSIHIATRIC-JUDICIAR ASUPRA UNUI LOT DE BOLNAVI SCHIZOFRENI INTERNAȚI

Dr. H. ARDELEAN(1), Psiholog N.VANDICI(1), Dr. G.MIHALACHE(2)
(1) - Spitalul Clinic de Neurologie și Psihiatrie Oradea
(2) - Laboratorul de Medicină Legală Oradea

Schizofrenia, prin frecvența și riscul de îmbolnăvire, poliformismul aspectelor psihopatologice și prin implicațiile socio-profesionale și medico-legale, este în continuare în centrul atenției psihiatrilor, psihologilor, medicilor legiști, a juriștilor, sociologilor și antropologilor.

În practica psihiatrică cotidiană s-a constat că bolnavii schizofreni pot manifesta un comportament psihotic agresiv, violent, pacienții



Scanned with OKEN Scanner

constituind un pericol pentru ei sau pentru alții. Tot din practică trebuie remarcată o cotă mare de *imprevizibilitate* a comportamentului agresiv.

O dată culpa constituită intră în acțiune un mecanism pluridisciplinar complex - psihiatric, medico-legal, juridic, sociologic, cu misiunea delicată de a stabili diagnosticul bolii, starea pacientului în momentul săvârşirii faptei antisociale şi obligativitatea la tratament într-o unitate psihiatrică de profil, în baza art. 114 Cod Penal. În Spitalul de Psihiatrie P.Groza sunt internați prin hotărâre judecătoarească bolnavi psihici din 13 județe ale țării.

Comunicarea noastră se bazează pe un studiu pe 10 ani în acest spital efectuat pe un lot de 70 bolnavi schizofreni, în perioada 1985-1994, dintre care 30 au fost externați sau transferați. Am urmărit o serie de parametri ca: diagnostic, fapta antisocială, sex, vârstă, mediu de proveniență, şcolarizare, profesie, stare civilă.

Debutul bolii a fost polimorf, pseudonevrotic, pseudopsihopatic, prin stări psihotice acute şi în 3 cazuri debut medico-legal, tabloul psihopatologic sub care s-a cristalizat ulterior procesul morbid fiind dominat de schizofrenia paranoidă în 52 de cazuri.

Marea parte a pacienților sunt şcolarizați 8 clase şi peste, predomină evident sexul masculin, majoritatea fiind necăsătoriți şi divorțați, mediile urban şi rural sunt reprezentate aproape în proporție egală (vezi tabelul nr.1)

*Tabelul nr.1*

| | Nr. | % |
|---|---|---|
| **DIAGNOSTIC** | | |
| Schizofrenie paranoidă | 52 | 74,3 |
| Schizofrenie simplă | 9 | 12,8 |
| Schizofrenie grefată | 6 | 8,6 |
| Schizofrenie afectivă | 3 | 4,3 |
| **FAPTA** | | |
| Omor şi tentativă de omor | 34 | 48,6 |
| Viol - tâlhărie | 2 | 2,8 |
| Alte fapte | 34 | 48,6 |
| **SEX** | | |
| Masculin | 62 | 88,6 |
| Feminin | 8 | 11,4 |
| **VÂRSTA** | | |
| 21 - 40 ani | 40 | 57,1 |
| 41 - 60 ani | 26 | 37,1 |
| peste 60 ani | 4 | 5,7 |
| **MEDIU** | | |
| Urban | 38 | 54,3 |
| Rural | 32 | 45,7 |
| **ŞCOLARIZARE** | | |
| 4 clase | 10 | 14,3 |
| 8 - 10 clase | 32 | 45,7 |
| Şcoală profesională | 17 | 24,4 |



Scanned with OKEN Scanner

| | | |
|---|---|---|
| Liceu | 7 | 10,0 |
| **PROFESIE** | | |
| Muncitori | 17 | 24,4 |
| Agricultori | 6 | 8,6 |
| Pensionari | 31 | 44,3 |
| Fără ocupație | 12 | 17,1 |
| Alte ocupații | 4 | |
| **STARE CIVILĂ** | | |
| Căsătoriți | 13 | 18,6 |
| Necăsătoriți | 47 | 67,1 |
| Divorțați | 10 | 14,3 |

După intervalul de timp scurs de la debutul bolii până la comiterea culpei antisociale constatăm, în afara celor 3 cazuri de debut medico-legal, faptul că frecvența conduitei antisociale înregistrează două vârfuri, imediat după şi în perioada de peste 7 ani de evoluție (vezi tabelul 2).

*Tabelul nr.2*

| TIMP DE LA DEBUT LA FAPTĂ | | | |
|---|---|---|---|
| Debut medico-legal | Între 0 - 3 ani | Între 4 - 6 ani | peste 7 ani |
| 3 | 22 | 13 | 32 |

Cei mai mulți dintre bolnavi - 80% au multiple internăriîn antecedentele patologice până la comiterea faptei antisociale (vezi tabelul 3).

*Tabelul nr.3*

| INTERNĂRI ANTERIOARE FAPTEI | | |
|---|---|---|
| fără internări | 1 - 2 internări | multiple |
| 4 | 10 | 56 |

După fapta imputată 42% dintre internați au comis omor sau tentativă de omor, restul cazuisticii variind pe o gamă largă de fapte antisociale mai mult sau mai puțin periculoase, substratul generator al comportamentului violent fiind *delirul* - cu raport de cauzalitate direct sau aleator între trăirea patologică şi fapta comisă, de regulă starea afectivă a pacientului purtând amprenta de mare *anxietate*.

Trebuie acceptată, ca un lucru firesc, necesitatea internării acestei cazuistici pe un interval mai mare de timp, suficient ca prin cunoaşterea şi dirijarea personalității morbide să se întrunească marja de siguranță a unei evoluții, fără repetarea conduitei antisociale după externarea pacientului.



Scanned with OKEN Scanner

- Durata mai mare de internare impune în mod normal măsuri particulare de asistență de specialitate atât în ceea ce privește supravegherea cât și îngrijirea intraspitalicească.

Sub aspectul supravegherii, din practica noastră am constatat că este suficient ca personalul medico-sanitar să aibă o atitudine firească, de înțelegere și solicitudine, de comunicare deschisă și umană cu bolnavul, respectând regulile de etică și deontologie profesională, precum și regulamentul de serviciu.

Îngrijirea intraspitalicească pretinde condiții cât mai bune de cazare, masă, ambianță de salon și de spații de folosință colectivă - parc, club, ateliere de lucru, cu prezența permanentă și activă a personalului medico-sanitar.

Pe lângă tratamentul medicamentos, o extrem de mare importanță o are terapia ocupațională cu scopul de a mobiliza capacitățile restante ale pacientului prin mijloace care să-i permită să se consacre unor ocupații active adaptate mediului său social și cultural, încurajarea folosirii acestor mijloace și măsuri de readaptare profesională fiind de natură să îi ușureze reinserația în societate. Menționăm că 36% dintre pacienții în studiu (25 cazuri) au fost antrenați în mod constant în activități de terapie ocupațională. Dezvoltarea deprinderilor sociale crește șansa de supraviețuire a bolnavului în cadrul comunității, atât în cea de spital cât și în comunitatea de largă deschidere socială.

Întreaga activitate, întreaga viață a pacientului internat sub incidența art.114 C.P. trebuie să se desfășoare cu respectarea integrală a drepturilor și libertăților ființei umane, sub aspect civil și penal, dreptul la pensie, dreptul la comunicare, la muncă, odihnă, dreptul la confidențialitate, dreptul la revizuirea medico-legală etc.

Scopul mărturisit al măsurilor de siguranță, precum și al tuturor demersurilor medicale și interdisciplinare este cel al recuperării socio-familiale și profesionale a bolnavului, diferențiat de la caz la caz și ținând cont, firește, de fapta antisocială imputată.

Din lotul studiat de către noi rezultă că un procent de 40% dintre pacienți (30 cazuri) au fost externați în acest interval de timp, cu o bună reinserție socio-familială.

La acest rezultat a contribuit în mare măsură ancheta socială efectuată de către spital în mediu de proveniență a bolnavului, anchetă uneori practicată în mod repetat pentru a avea întrunite în procent cât mai mare criteriile de obiectivitate, știut fiind că externarea bolnavului cu antecedente antisociale presupune o mare responsablitate medicală, aceasta cu atât mai mult cu cât nu rareori trebuiesc înfruntate prejudecăți greu de zdruncinat în anumite medii sociale.



Scanned with OKEN Scanner

**Concluzii**: Statutul bolnavilor psihici internați prin hotărâre judecătorească prezintă anumite particularități:

**1.** Internarea pacientului se hotărăşte în baza prevederilor art.114 Cod Penal

**2.** Prin efectul legii circuitul bolnavilor este limitat înspre grupul din care provin

**3.** Cele de mai sus presupun o durată mai mare de internare

**4.** Regimul condițiilor de spitalizare, supraveghere şi tratament trebuie adaptat într-un mod specific, fără a se prejudicia drepturile şi libertățile pacienților

**5.** Aspectele interdisciplinare - juridice, medico-legale, administrative - care vizează bolnavul sunt mai complexe.

**6.** Ancheta socială efectuat în mod repetat şi corect este esențială pentru viitorul bolnavului

**7.** Bugetul afectat unității sanitare trebuie să satisfacă scopul urmărit, cel de **recuperare**.

## CONSIDERAȚII ŞI ASPECTE PRIVIND ASISTENȚA BOLNAVILOR PSIHICI ÎN CONDIȚIILE PREVĂZUTE DE ART.113 C.P.

**- Date din experiența L.S.M. Iaşi -**

Dr. C.BORZA, Dr. C.POSTELNICU, Dr. LORICA BORZA,
Dr. LILICA ALEXOAIE- CONACHI, Dr. ROXANA CHIRIȚĂ,
Conf. Dr. V.CHIRIȚĂ

Este de aşteptat ca în anii care vor veni numărul de bolnavi psihici asistați în conformitate cu prevederile art.113 C.P. să cunoască o creştere numerică reală în ansamblu activităților de asistență psihiatrică. În opinia noastră aceasta se va realiza îndeosebi ca urmare a procesului de înlocuire a măsurii de siguranță a internării medicale prevăzute de art.114 C.P. cu obligarea la tratament ambulator prevăzute de art.113 C.P., cât şi datorită necesității obiective pentru societate ca aceşti bolnavi cu o etichetă oficial recunoscută de disocialitate, să fie menținuți - pentru protecția lor şi a societății - sub control medical adecvat, perioade de timp de cât mai lungă durată din partea organelor competente.

Ca factori care favorizează şi vor favoriza prezumata situație epidemiologică sus amintită, semnalăm relativitatea noțiunii de însănătoşire prevăzută de legislația penală pentru încetarea măsurilor de siguranță cu caracter medical, formalitățile juridice complexe şi de relativ lungă durată care trebuie întreprinse în asemenea ocazii,



Scanned with OKEN Scanner

evidentele beneficii pentru anumiți indivizi de a se afla sub protecția unor asemenea situații de recunoaştere oficială a statutului de bolnav psihic.

În prezent asistența bolnavilor psihici aflați sub incidența art.113 C.P. întâmpină la nivelele reale de execuție a prevederilor legale o serie de dificultăți şi greutăți legate de:

- **lipsa de acte normative suplimentare** față de textul extrem de redus ca enunțare al legii penale. Nu există în acest sens regulamente, instrucțiuni, decizii, circulare etc., de uz oficial atât de necesare în asemenea situații.
- **aspectele organizatorice de asistență propriu-zisă**. Legea nu prevede în mod expres cine realizează în fapt tratamentul ambulator obligatoriu. Printr-un consens unanim rețelei de psihiatrie i-a revenit şi îi revine această sarcină. Situația din teren cât şi practica de până acum arată că în multe locuri tratamentul ambulator obligatoriu se poate realiza în fapt numai la nivelul rețelei de medicină generală, de dorit sub controlul permanent al rețelei de psihiatrie.
- **diferențele evidente de asumare de competențe reale între diferitele verigi ale asistenței psihiatrice şi medicale implicate** în acest domeniu. În prezent concură pentru asistența acestor bolnavi centrele de sănătate mintală şi laboratoarele de sănătate mintală existente în marile oraşe ale țării şi municipiile reşedință de județ mijlocii, dispensarele de medicină generală din localitățile urbane şi rurale unde nu există instituții specializate de asistență psihiatrică.
- **ignorarea şi necunoaşterea experienței acumulate** până în prezent în diferite părți ale țării de instituțiile şi specialiştii implicați în această problemă, a dificultăților, realizărilor cât şi a experienței acumulate de acestea în acest domeniu.
- **impedimentele care survin în colaborarea cu organele de justiție**. În majoritatea situațiilor acestea sunt legate de prezența unei documentații insuficiente şi complete care survin tardiv şi cu multe tribulații birocratice (direcții sanitare județene, spitale de psihiatrie etc.) la nivelul instituției de asistență propriu-zisă. Dosarul ideal în atare situații necesar a fi prezent ca verigă reală de intervenție terapeutică, greu de realizat în activitatea practică de rutină, trebuie să cuprindă, după experiența noastră, următoarele piese:

1. Sentința penală de instituire a măsurii internării medicale potrivit prevederilor art. 114 C.P.
2. Raportul de expertiză medico-legală psihiatrică pendinte cauzei.
3. Sentința penală de înlocuire a măsurii de siguranță a internării medicale cu obligarea la tratament în conformitate cu prevederile art.113 C.P. sau un act similar judecătoresc în care măsura obligatorie la tratament este instituită direct de către instanță.



Scanned with OKEN Scanner

4. Avizul medical întocmit conform legislației procedurale penale impunând înlocuirea internării cu o obligare la tratament obligator şi/sau încetarea acestuia.

5. Documentații medicale diverse proprii fiecărui caz în parte/copii de pe foi de observație clinică, bilete de ieşire din spital, fişe de consultații, carnete de dispensarizare etc.

6. Anchetele sociale ale fiecărui caz în parte în raport de efectuarea lor în diverse etape ale asistenței respectivului pacient.

7. Corespondența scrisă cu diferite instituții, pacientul în cauză şi aparținătorii săi etc.

- **imposibilitatea reală de a avea sub control permanent anumiți bolnavi** datorită unor cauze forțate sau lipsei de colaborarea a acestora şi/sau aparținătorilor lor la realizarea prevederii legale de tratament ambulator. Pacienții recalcitranți procesului curent de asistență, cei care refuză orice colaborare cu instituțiile de asistență ambulatorie nu pot fi influențați în comportamentul lor potrivit prevederilor legale în vigoare decât prin solicitări către organele de justiție de a fi supuşi din nou măsurii internării medicale. Un asemenea procedeu foarte costisitor din punct de vedere economic este în egală măsură şi foarte dificil pe plan practic prin formalitățile pe care le incumbă realizarea sa şi uneori în interrelațiile ulterioare medic-pacient.

- **accepțiunea curentă a înțelegerii acțiunii de obligare la tratament ambulator ca o intervenție terapeutică - exclusiv medicamentoasă.** În realitate în cazul bolnavilor psihici supuşi prevederilor art.113 C.P. tratamentul ambulator prevăzut de lege obligă a se efectua numeroase controale clinice şi paraclinice, intervenții psihoterapeutice şi socio-terapeutice, măsuri recuperatorii etc.

În perioada anilor 1976-1996 la nivelul județului şi L.S.M. au fost luați în evidență un număr de 96 de bolnavi psihici din județul şi municipiul Iaşi în cazul cărora organele de justiție au dispus asistență de specialitate potrivit art.113 C.P. Dat fiind specificul activității în acest domeniu, pacienții din municipiul Iaşi şi comunele suburbane şi rurale subordonate din punct de vedere sanitar acestuia au fost preluate integral pentru asistență la nivelul L.S.M., constituind evidența activă a acestuia. Restul de pacienți au fost preluați în evidență de cele 3 cabinete de psihiatrie din jud. Iaşi (Paşcani, Tg. Frumos, Hîrlău) cât şi de dispensarele comunale rurale. În fapt asistența acestor bolnavi s-a realizat într-un sistem mixt de acțiuni între rețeaua de psihiatrie şi rețeaua medicală de bază. Din cei 96 bolnavi aflați în această structură 56, adică 58,33% au fost preluați pentru asistență directă de către L.S.M. Iaşi, iar restul de 40 - 41,66% de rețeaua de psihiatrie din județ şi unitățile de medicină generală din teritoriu.



Scanned with OKEN Scanner

La nivelul L.S.M. pentru examinări periodice, de regulă la intervale de timp de 6 luni şi la solicitare de resort ori de câte ori este nevoie, a funcţionat şi funcţionează o comisie medicală special abilitată în acest sens. În activităţile sale această comisie a funcţionat după aceeaşi metodologie şi criterii ca şi comisia medicală pentru examinări periodice privind bolnavii supuşi măsurii internării medicale prevăzute la art.114 C.P. existentă la nivelul Spitalului Universitar de psihiatrie "Socola" Iaşi.

Principalele activităţi realizate la nivelul L.S.M. Iaşi privind pacienţii aflaţi sub incidenţa art.113 C.P. au fost:

- asistenţa ambulatorie în regimul de necesităţi terapeutice şi de sprijin social propriu bolnavilor psihici obişnuiţi. Acest lucru s-a realizat la un număr de 56 de pacienţi cu domiciliul în municipiul Iaşi şi comunele aferente.

- îndrumarea metodologică, control şi evidenţă a procesului de asistenţă a acestei categorii de bolnavi la nivelul cabinetelor teritoriale de psihiatrie şi în unităţile teritoriale ale reţelei medicale de bază. La nivelul judeţului Iaşi, se află în evidenţă pasivă a L.S.M. Iaşi un număr de 40 pacienţi, adică 41,66%.

- revizuiri periodice la bolnavii aflaţi în evidenţa activă. La un număr de 15 pacienţi, adică 26,78% s-au efectuat propuneri către organele teritoriale în drept pentru încetarea obligării la tratament prevăzută de legislaţia penală, însoţită de o eventuală continuare a asistenţei de specialitate în regimul prevăzut pentru bolnavii obişnuiţi.

- luarea în evidenţă a modificărilor de status juridic şi civil, operate de diferite autorităţi în cazul acestor bolnavi.

În perioada sus amintită un număr de 5 bolnavi, adică 8,92% au decedat, în timp ce la un procent de 1,78%, la solicitarea din partea familiei şi a organelor de poliţie, instanţele teritoriale de justiţie au procedat la înlocuirea obligării la tratament cu instituirea internării medicale obligatorii.

- ţinerea la zi în mod operativ a situaţiei existenţiale a pacienţilor (schimbări de domiciliu în localitate, plecare temporară sau definitivă din localitate, plecări din ţară etc.), transferarea asistenţei lor la instituţii de specialitate din alte judeţe ale ţării. În această ultimă categorie semnalăm situaţia unui singur pacient, adică 1,78%.

Lotul de 56 de pacienţi luat în evidenţa activă a L.S.M. Iaşi a fost de 53 bărbaţi, adică 94,64% şi 3 femei, adică 5,35%. Faptele cu implicaţii penale care au impus instituirea de măsuri de siguranţă cu caracter special (iniţial internări medicale, ulterior obligarea la tratament ambulator) în următoarea distribuţie în raport de comiterea lor în timp şi număr de bolnavi:



Scanned with OKEN Scanner

| An | 1971 | 1981 | 1982 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1993 | 1994 | 1995 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nr | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 9 | 6 | 5 | 6 | 6 | 4 | 4 |
| % | 1,78 | 3,57 | 3,57 | 3,57 | 3,57 | 5,35 | 7,14 | 16,07 | 10,71 | 8,92 | 10,71 | 10,71 | 7,14 | 7,14 |

Distribuția în raport de domiciliu în mediu urban-rural a fost la acest lot astfel direct de L.S.M. Iaşi: 38 pacienți domiciliați în mediul urban 67,85%; 18 pacienți domiciliați în mediul rural 32,14%.

Raportat la grupa de vârstă la care s-a comis fapta cu implicații penale, distribuția este următoarea:

| Grupa de vârstă | Nr. de bolnavi | % |
|---|---|---|
| 20 - 30 ani | 15 | 26,78 |
| 31 - 40 ani | 12 | 21,42 |
| 41 - 50 ani | 14 | 25,00 |
| 51 - 60 ani | 8 | 14,28 |
| 61 - 70 ani | 3 | 5,35 |
| 71 - 80 ani | 2 | 3,57 |
| peste 80 ani | 2 | 3,57 |

În momentul comiterii faptei penale profesia a fost înregistrată sub următoarea formă:

| Denumirea profesiei | Nr. de persoane | % |
|---|---|---|
| Pensionari medical | 2 | 3,57 |
| Fără ocupație declarată | 34 | 60,71 |
| Pensionari cu pensie de serviciu | 5 | 8,92 |
| Tineri absolvenți | 3 | 5,35 |
| Muncitori necalificați | 1 | 1,78 |
| Tâmplari | 2 | 3,57 |
| Măcelari | 1 | 1,78 |
| Tapițeri | 1 | 1,78 |
| Electricieni | 1 | 1,78 |
| Cizmari | 1 | 1,78 |
| Conducători auto | 1 | 1,78 |
| Contabili | 1 | 1,78 |
| Economiști | 1 | 1,78 |
| Ingineri | 1 | 1,78 |
| Elevi de liceu | 1 | 1,78 |



Scanned with OKEN Scanner

Faptele cu implicații penale pentru care s-au instituit măsurile de siguranță cu caracter medical au fost în momentul săvârşirii lor sub următoarea etichetă juridică:

| Denumirea faptei | Nr.de persoane | % |
|---|---|---|
| Furturi | 14 | 25,00 |
| Ultraje | 6 | 10,71 |
| Încălcări din culpă (accidente de circulație) | 2 | 3,57 |
| Omoruri calificate | 3 | 5,35 |
| Omoruri sub formă de paricid | 2 | 3,57 |
| Tentative de omor | 3 | 5,35 |
| Violuri | 3 | 5,35 |
| Încadrări | 2 | 3,57 |
| Tâlhărie | 1 | 1,78 |
| Lovire | 2 | 3,57 |
| Perversiuni sexuale | 2 | 3,57 |
| Treceri frauduloase de frontieră | 2 | 3,57 |
| Vătămare corporală | 1 | 1,78 |
| Tulburarea ordinei publice | 1 | 1,78 |
| Spargeri de chioşcuri | 1 | 1,78 |
| Sustragere de bunuri prin efracție | 1 | 1,78 |
| Falsificări de carnete CEC | 1 | 1,78 |
| Diverse fapte antisociale - cumulate | 1 | 1,78 |
| Speculă | 1 | 1,78 |
| Neprecizate | 7 | 12,50 |

Categoriile nozografice asistate au fost şi sunt grupate în următoarele categorii globale:

| Categorii nozografice | Nr. de bolnavi | % |
|---|---|---|
| Schizofrenii | 17 | 30,35 |
| Oligofrenii | 12 | 21,42 |
| Epilepsii | 8 | 14,28 |
| Psihopatii | 8 | 14,28 |
| Psihoză maniaco-depresivă | 4 | 7,14 |
| Alcoolism | 2 | 3,57 |
| Psihoze involutive, Demențe | 3 | 5,35 |
| Encefalopatii, psihosindroame organice cerebrale | 1 | 1,78 |
| Deliruri cronice sistematizate | 1 | 1,78 |

Sunt necesare intervenții persuasive pe teren pentru asigurarea unui minimum de protecție socială pentru această categorie de pacienți din partea aparținătorilor. Semnalăm audiența redusă din partea acestora pentru materializarea unor recomandări de curatelă, tutelă,



Scanned with OKEN Scanner

punere sub interdicție etc., precum şi tendința ca acestea să fie realizate numai *ex officio. Se semnalează* asumarea de responsabilități în acest sens mai mult numai de către rețeaua de psihiatrie şi mai puțin din partea unor factori comunitari abilitați în acest sens. Din observațiile noastre rezultă că dincolo de tratamentul obligatoriu ambulator, bolnavii aflați sub incidența prevederilor art.113 C.P. necesită o permanentă şi complexă asistență penală şi juridică, intervenția periodică şi continuă a unor profesionişti specializați, familiarizați cu problematica factorilor comunitari pentru recunoaşterea şi reechilibrarea lor. În acest sens sunt necesare precizări de competențe şi limite ca şi de domenii de implicare a diferiților factori interesați, stabilirea unei linii de conduită pe cât posibil mai unitară pe întreg teritoriul țării.

## TENDINȚE ŞI REUŞITE AUTOAGRESIVE LA POPULAȚIA UNUI ORAŞ MUNCITORESC

Dr. I. SÂMĂRGHIȚAN, Dr. ADRIANA VĂDAN, Dr. D. IONESCU
Spitalul Municipal Hunedoara

Preocupările şi reuşitele autoagresive constituie un obiectiv prioritar în asistența psihiatrică.

Asemenea acte au fost şi sunt asistate cu deosebită atenție şi solicitudine în serviciul de urgență şi secția de psihiatrie a Spitalului Municipal Hunedoara.

Populația municipiului Hunedoara se circumscrie sau se tangențiază cu trei intreprinderi mari - una siderurgică, alta de construcții şi alta minieră. Ea este rezultatul unei migrări a populației dinspre rural (din întreaga țară) spre urbanul generos al anilor '60 - '70.

Fiind o populație heterogenă cu nivel intelectual majoritar dinspre mediu spre inferior, a fost repede racolată de "*moderatori*" de conştiințe.

Aceasta a fost în contrapondere cu preocupările reduse ale "*aleşilor poporului*", în privința formării de caractere sănătoase sau de culturalizare competitivă.

Majoritatea angajaților au studii medii sau elementare, iar o bună parte a angajaților cu studii superioare din intreprinderile mari sunt din municipiul Deva. Responsabilii cultelor majoritare nu au constituit, în marea lor majoritate, "*exemple de urmat*" pentru participanții la oficierile lor.

În acest context, considerăm noi, colectivul de psihiatri hunedoreni, a fost posibilă apariția unei incidențe autolitice mai deosebite pe care



Scanned with OKEN Scanner

încercăm să o prezentăm. Anii de comparație au constituit, zicem noi, ani de referință: 1989 şi 1995.

Am considerat edificator studiul prin luarea în calcul a cazurilor prezentate la serviciul de urgență al Spitalului Municipal, cazurile internate în secția de Psihiatrie, precum şi cazurile de suicid înregistrate la morgă. Ținem să remarcăm din start că nici unul dintre cazurile de suicid nu făcea parte dintre cei 564 bolnavi dispensarizați prin serviciul policlinic de psihiatrie din Hunedoara.

Din 26.483 consultații efectuate în serviciul de urgență în 1989, 57 au fost tentative autolitice (58,08 $^{0}/_{0000}$), din care 21 (21,03 $^{0}/_{0000}$) bărbați şi 36 (36,05 $^{0}/_{0000}$) femei. Ponderea cea mai mare, cu 24 cazuri (24,03 $^{0}/_{0000}$) a fost cuprinsă în grupa de vârstă 25-45 ani, urmată de 21 (21,03 $^{0}/_{0000}$) cazuri din grupa de vârstă 16-25 ani. Din totalul cazurilor, 38 (38,05 $^{0}/_{0000}$) au fost persoane angajate şi 19 (19,02 $^{0}/_{0000}$) au fost casnice şi pensionari; 44 (44,06 $^{0}/_{0000}$) au ingerat medicamente şi alte substanțe şi 13 (13,01 $^{0}/_{0000}$) - alte acte suicidare: spânzurare, venesecție.

În 1995, tot femeile au făcut cele mai multe tentative de suicid, cu 55 (67,90 $^{0}/_{0000}$) dintr-un total de 77 tentative înregistrate la serviciul de urgență (95,06 $^{0}/_{0000}$), bărbații fiind în număr de 22 (27,16 $^{0}/_{0000}$) cazuri. A crescut numărul cazurilor cuprinse în grupa de vârstă 16-25 ani la 39 (48,15 $^{0}/_{0000}$), urmată de grupa de 25-45 ani cu 25 cazuri (30,86 $^{0}/_{0000}$); predomină tot angajații cu 34 cazuri (41,97 $^{0}/_{0000}$), urmați de casnice şi pensionari cu 29 cazuri (35,80 $^{0}/_{0000}$). De această dată apar şomerii cu 14 cazuri (17,28 $^{0}/_{0000}$). Medicamentele şi alte substanțe cu 75 cazuri (92,60 $^{0}/_{0000}$) se mențin ca metoda "*preferată*" de tentativă. De menționat că în 1995 serviciul urgență efectuează 23.560 consultații la o populație a municipiului de 80.993.

În secția Psihiatrie sunt internate 12 cazuri în 1989 cu tentative de suicid, reprezentând 12,01 $^{0}/_{0000}$ (1,30% din totalul internărilor - 919). Tot femeile, cu 7 cazuri, sunt pe primul loc (7,01 $^{0}/_{0000}$), bărbații reprezentând restul de 5 cazuri (5,00 $^{0}/_{0000}$). Grupa de vârstă cea mai "*tentată*" este 25-45 ani cu 6 cazuri (6,00 $^{0}/_{0000}$), urmată de grupa 16-25 ani cu 3 cazuri (3,00 $^{0}/_{0000}$). Angajații cu 8 cazuri (8,01 $^{0}/_{0000}$) primează, urmați de casnice şi pensionari cu 3 cazuri (3,00 $^{0}/_{0000}$). Sunt folosite predominant medicamentele - 7 cazuri (7,00 $^{0}/_{0000}$), alte acte suicidare fiind în număr de 5 (5,00 $^{0}/_{0000}$). Au făcut tentative în context psihogen 10 cazuri (10,01 $^{0}/_{0000}$), iar în context psihotic 2 cazuri (2,00 $^{0}/_{0000}$).

Anul 1995 în secție aduce noutăți grave. Numărul tentativelor creşte de la 12 la 27 cazuri, respectiv 2,86% din bolnavii internați (33,33 $^{0}/_{0000}$). Numărul cazurilor de femei creşte simțitor - 19 (23,45 $^{0}/_{0000}$). Pe grupe de vârstă rămâne o repartiție asemănătoare cu anul 1989. Ca



Scanned with OKEN Scanner

modalitate "*preferată*" rămân medicamentele şi alte substanţe, cu 26 cazuri (32,10 $^{0}/_{0000}$). Psihogenii au fost 23 (28,39 $^{0}/_{0000}$), psihoze - 4 (4,93 $^{0}/_{0000}$).

Colectivul de psihiatri din Hunedoara consideră tristă statistica reusitelor de sinucidere. Dacă în 1989 au fost 12 (12,01 $^{0}/_{0000}$), în 1995 au fost 19 (23,45 $^{0}/_{0000}$), populaţia scăzând cu circa 18.000 locuitori, respectiv 99.849 în 1989 şi 80.993 în 1995.

De această dată bărbaţii sunr mai "*hotărâţi*", cu 10 cazuri (10,01 $^{0}/_{0000}$), iar femeile care comit acte suicidare sunt în număr de 2 (2,00 $^{0}/_{0000}$) în 1989. În 1995 creşte numărul bărbaţilor care se sinucid la 14 (17,28 $^{0}/_{0000}$), dar şi al femeilor (5 cazuri, respectiv 6,17 $^{0}/_{0000}$). Pe grupe de vârstă, se constată o nouă orientare faţă de tentativele de suicid: în 1989, 5 cazuri în grupa 45-55 ani (5,00 $^{0}/_{0000}$) şi 4 cazuri (4,99 $^{0}/_{0000}$) în grupa peste 55 ani; în 1995, cea mai mare pondere o are grupa peste 55 ani cu 8 cazuri (9,87 $^{0}/_{0000}$), urmată de grupa 45-55 ani cu 5 cazuri (6,17 $^{0}/_{0000}$) şi - semnal de alarmă - grupa de 25-45 ani, tot cu 5 cazuri (6,17 $^{0}/_{0000}$).

În privinţa gradului de angajare profesională, putem remarca faptul că în 1989 50% din sinucigaşi (6 cazuri, respectiv 6,00 $^{0}/_{0000}$) au fost angajaţi, iar 33,33% (4 cazuri, respectiv 4,00 $^{0}/_{0000}$) pensionari. În 1995 pensionarii constituie 63,15% (12 cazuri, respectiv 14,81 $^{0}/_{0000}$), iar angajaţii - restul de 7 cazuri (8,68 $^{0}/_{0000}$).

Ca modalitate de sinucidere, medicamentele şi alte substanţe, aflate la tentative pe primul loc, au lăsat loc actelor suicidare (spânzurare, aruncare în gol) - 8 cazuri în 1989 (8,00 $^{0}/_{0000}$) şi 14 cazuri în 1995 (17,27 $^{0}/_{0000}$).

**Concluzii**

Analizând situaţia statistică a actelor autoagresive în cei doi ani - 1898 şi 1995 - colectivul secţiei de psihiatrie din Hunedoara consideră de remarcat:

1. Tentativele de sinucidere sunt în principal apanajul persoanelor tinere, de sex feminin, angajate în activitate.
2. Ca modalitate de tentativă a fost "*preferată*" ingestia orală de medicamente sau alte substanţe.
3. Sinuciderile sunt făcute de bărbaţi în general peste 55 ani, iar ca modalităţi au fost alese spânzurarea şi aruncarea în gol.
4. Tentativele şi reuşitele autolitice sunt în evidentă creştere invers proporţional cu scăderea populaţiei asistate.
5. Relaţiile dizarmonice în familie şi profesionale, sunt determinante pentru tentativele la vârsta activă.



Scanned with OKEN Scanner

6. Sinuciderile la vârsta a treia sunt consecința lipsei de atenție acordată bătrânilor, absența unităților de îngrijire medico-socială din Hunedoara şi restul județului.

7. Tentativele se suicid şi sinuciderile se încadrează din punctul de vedere al distribuției pe sexe şi grupe de vârstă în limitele constatate şi de studiile epidemiologice-psihiatrice anterioare.

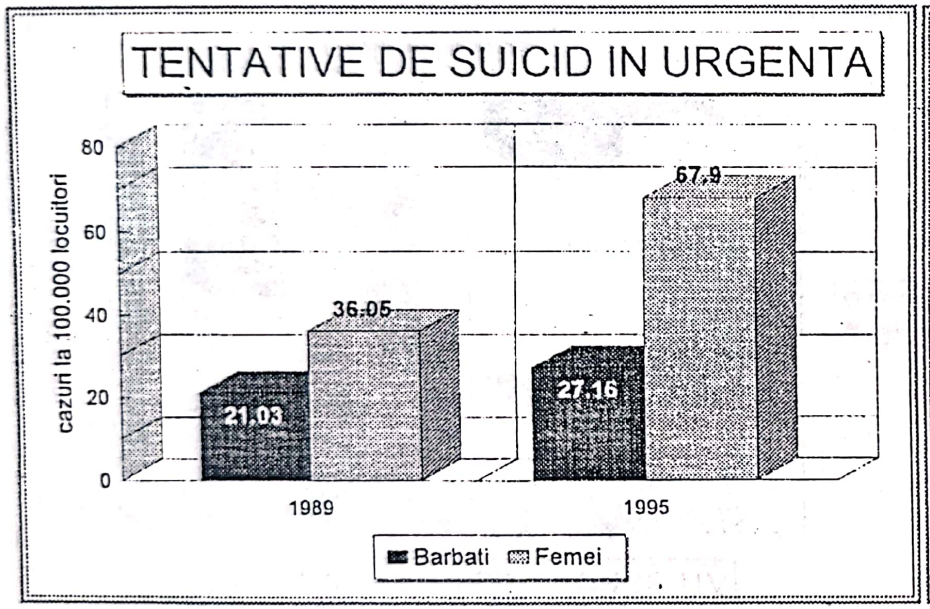
8. Lucrarea noastră se doreşte a fi un semnal de alarmă, întrucât în tentative sunt implicate în majoritate persoanele angajate în activitate, iar incidența sinuciderilor în 1995 este foarte mare - de 23,45 $^{0}/_{0000}$.

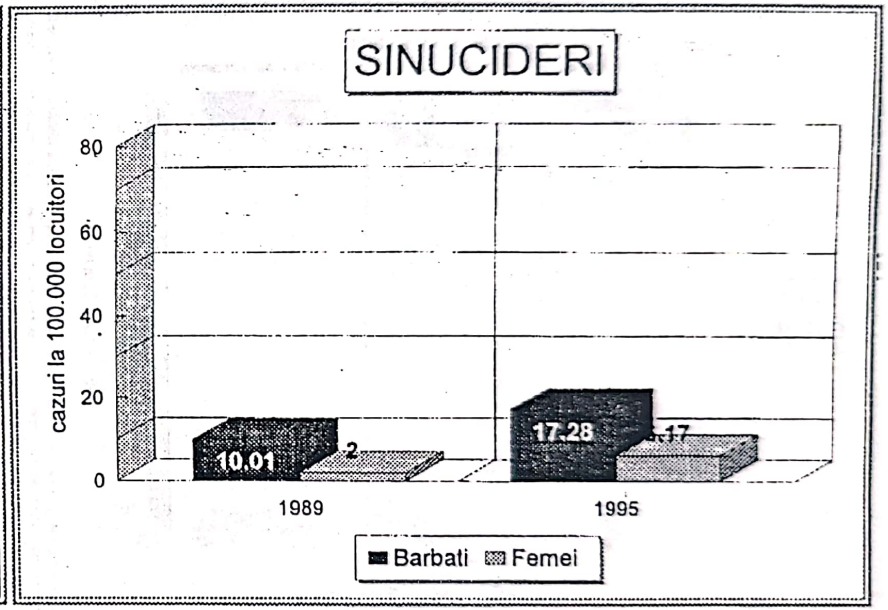
9. Studiul a evidențiat că nici tentative, nici sinucideri nu au făcut persoanele dispensarizate prin serviciul policlinic de psihiatrie.

**Bibliografie**

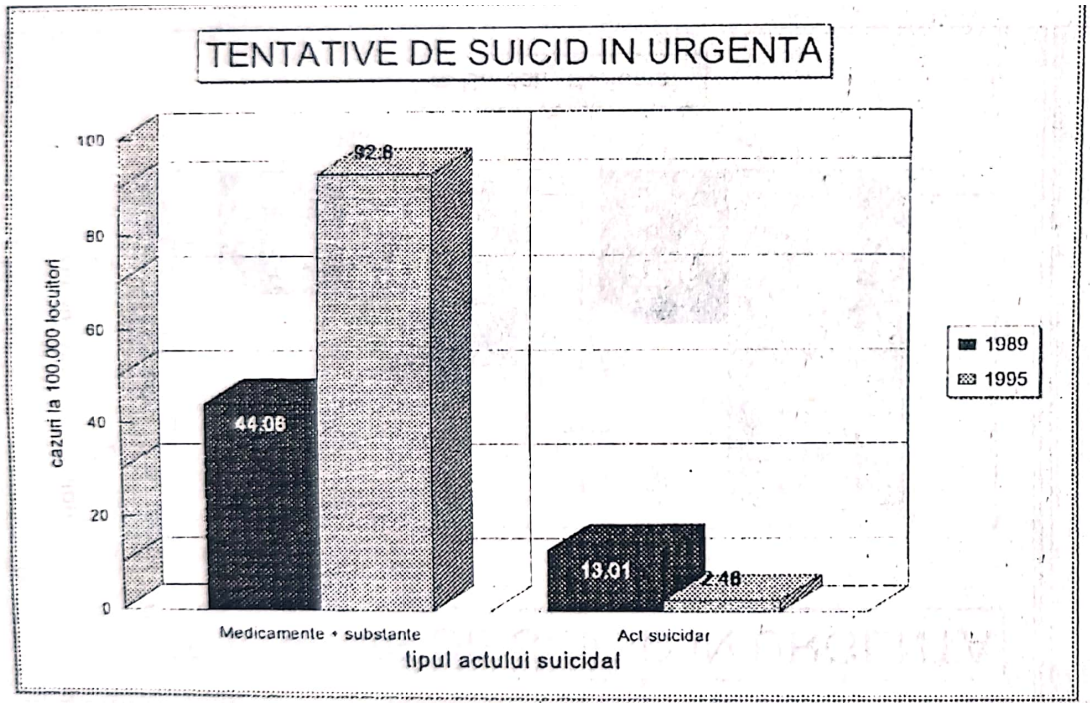

1. *Angheluță V., St. Nica-Udangiu, L. Nica-Udangiu*: Psihiatrie epidemiologică, Ed.Medicală, Bucureşti, 1983
2. *Predescu V:, St.Nica-Udangiu, L. Nica-Udangiu*: Urgențe în psihiatrie, Ed.medicală, Bucureşti, 1983
3. *Gelder M., D.Gath, R.Mayou*: Oxford Textbook of Psychiatry, Second edition, Oxford Medical Publications, 1993

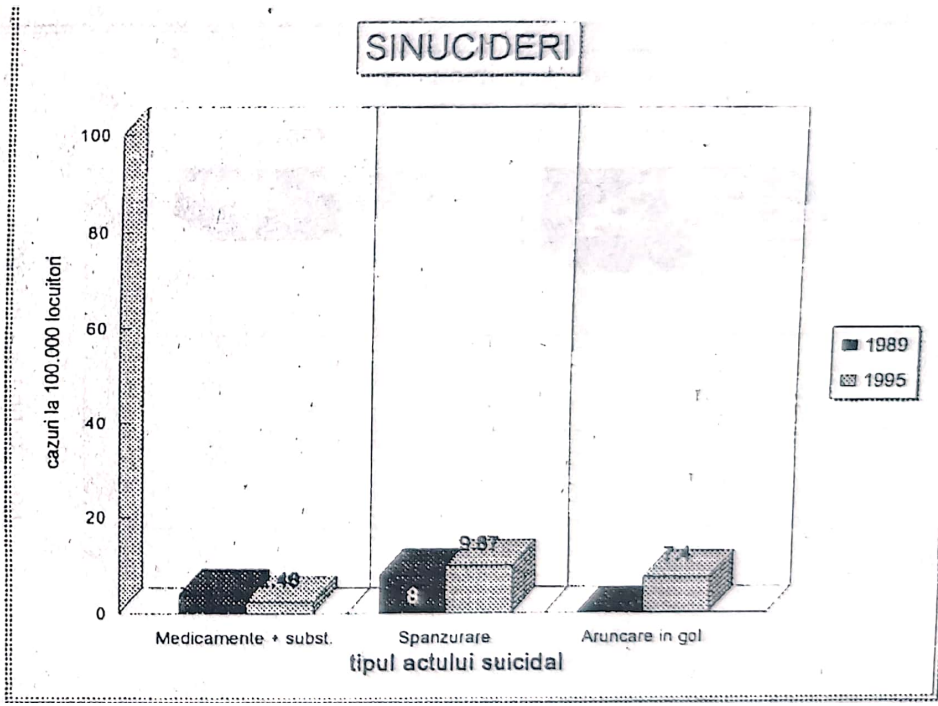

Scanned with OKEN Scanner



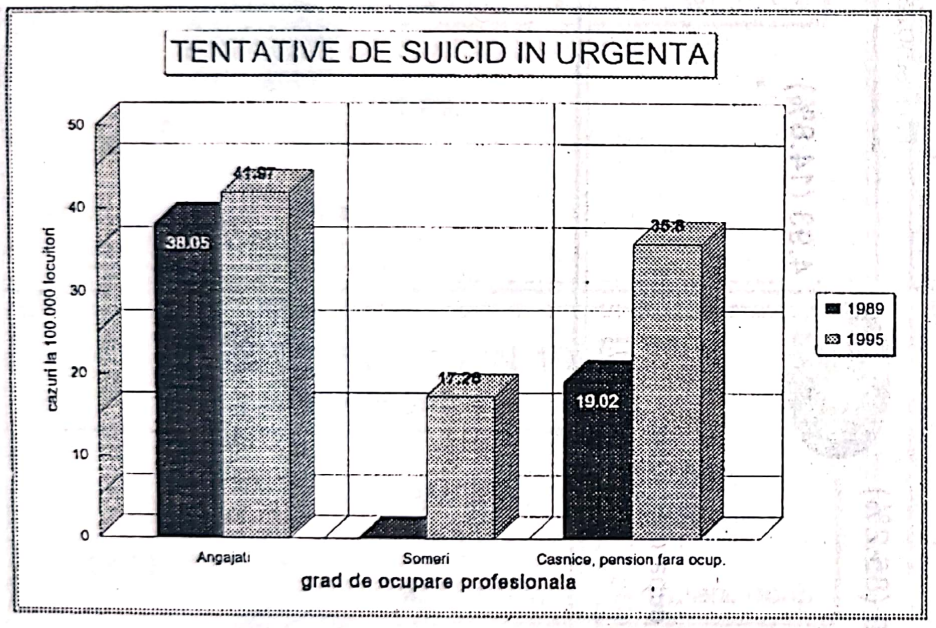



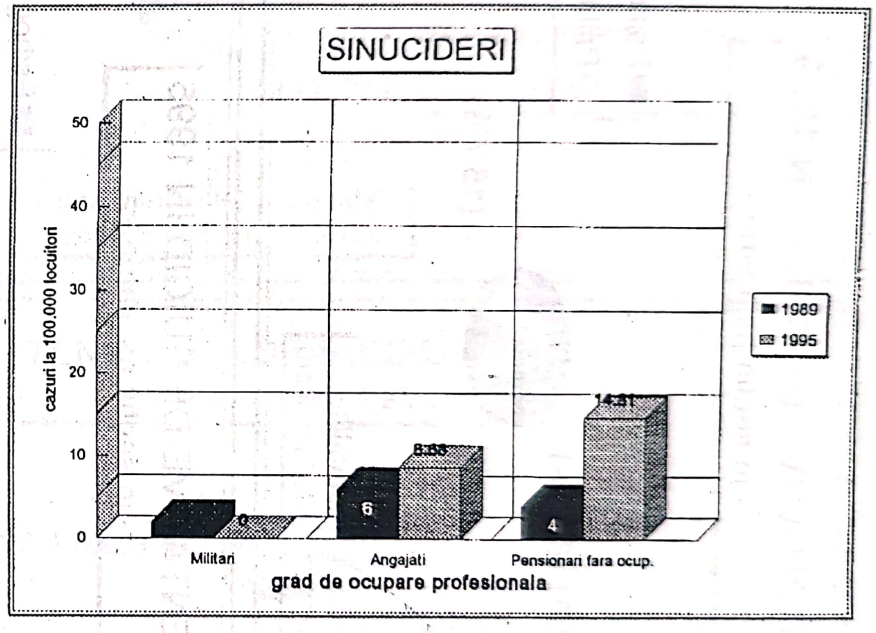

Scanned with OKEN Scanner




Scanned with OKEN Scanner

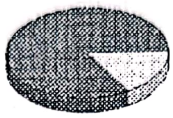



Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

## TENTATIVE DE SUICID IN 1989
- in sectia psihiatrie -

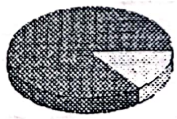



10.01 (83.3%)

2 (16.7%)

- dupa diagnostic -
(cazuri la 100.000 locuitori)

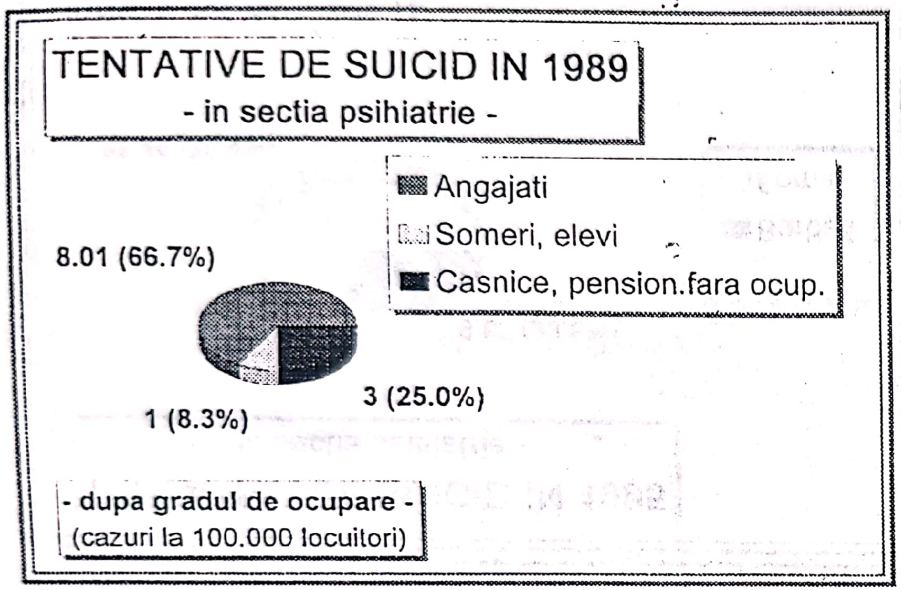
## TENTATIVE DE SUICID IN 1995
- in sectia psihiatrie -

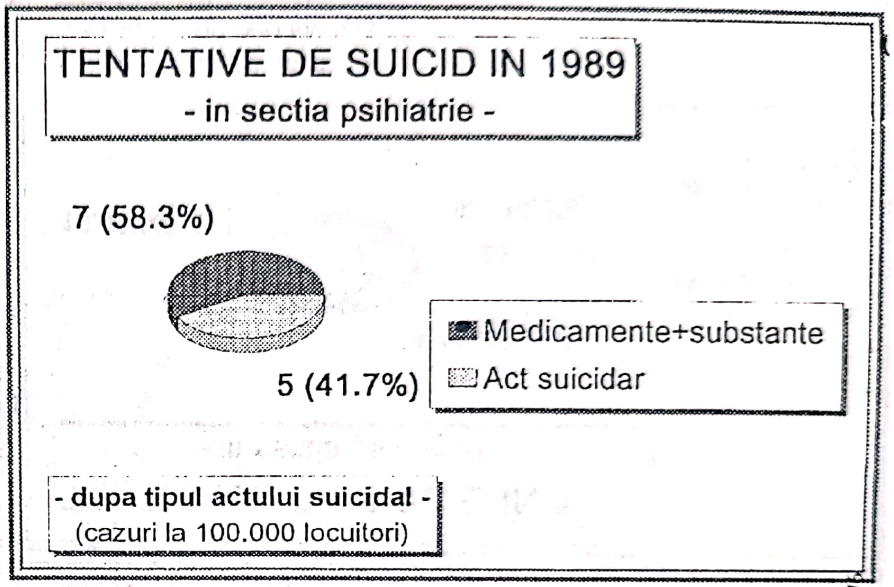


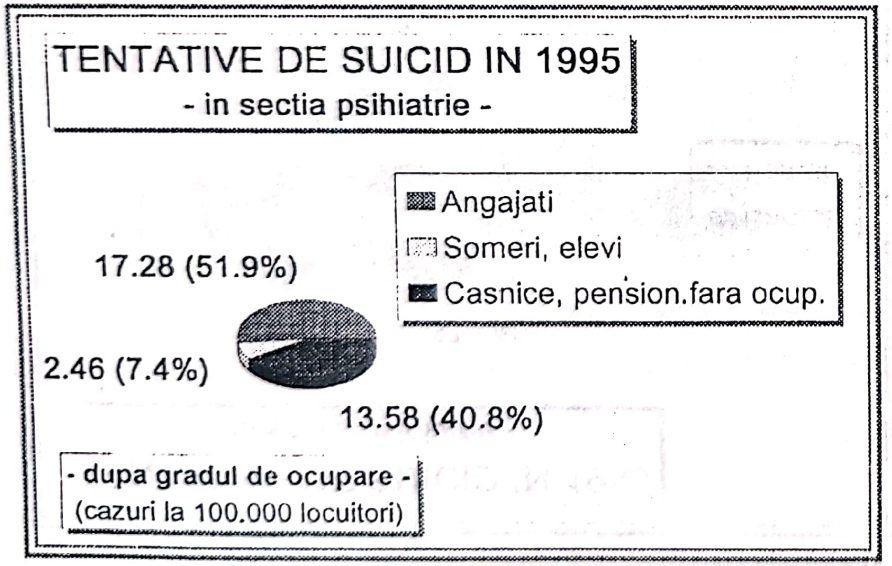

28.39 (85.2%)

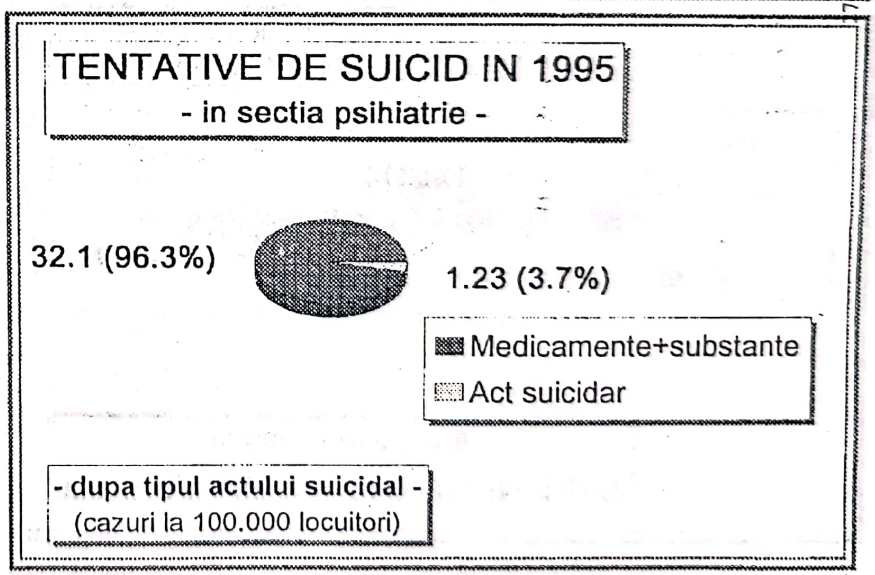
4.93 (14.8%)

- dupa diagnostic -
(cazuri la 100.000 locuitori)

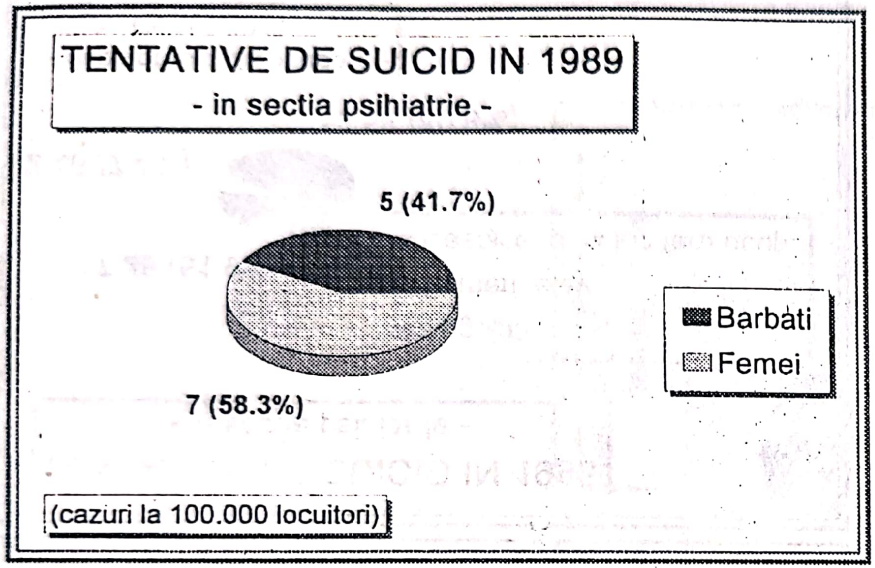


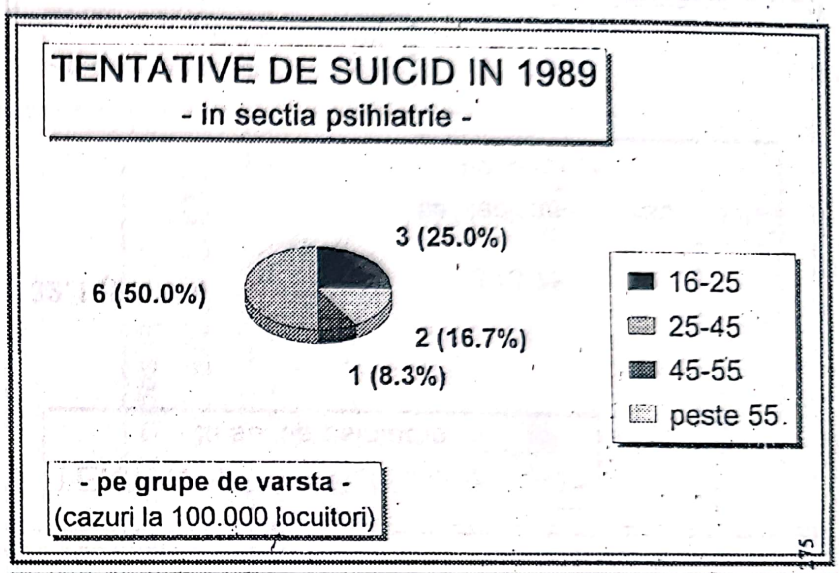



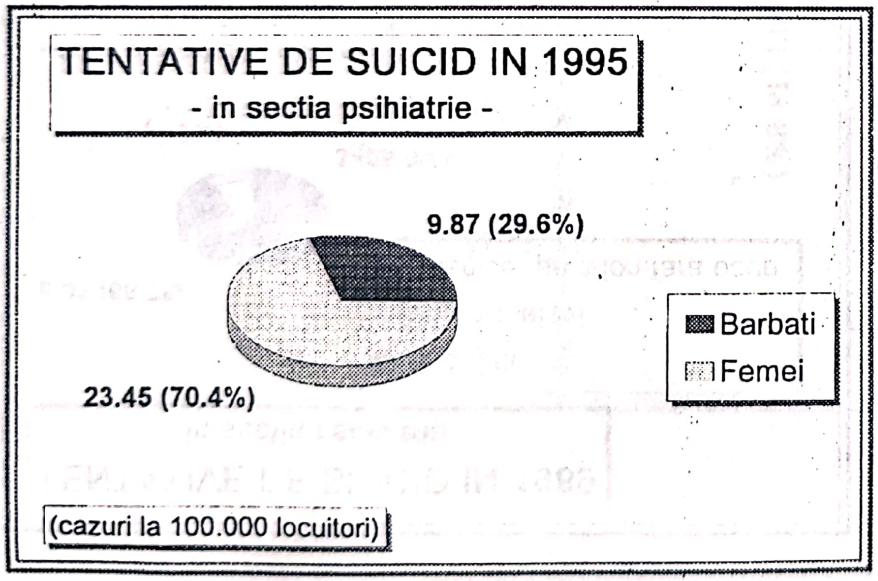



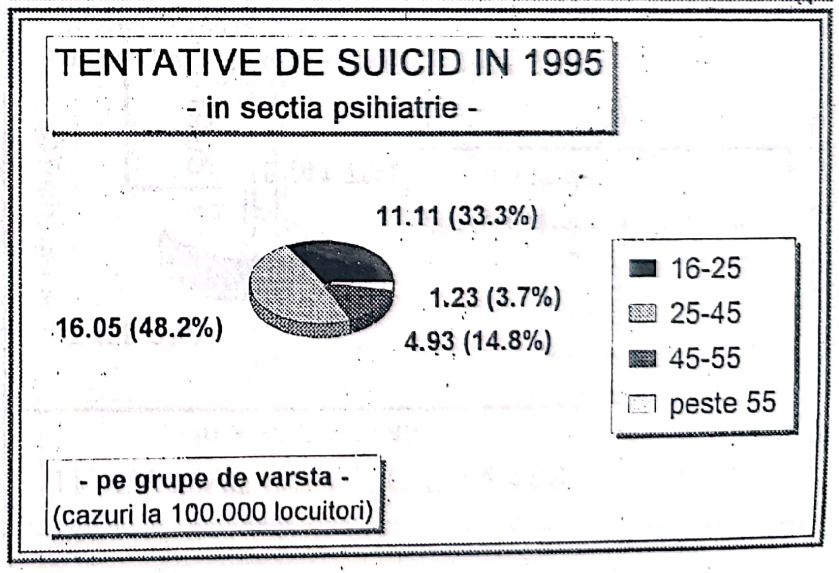



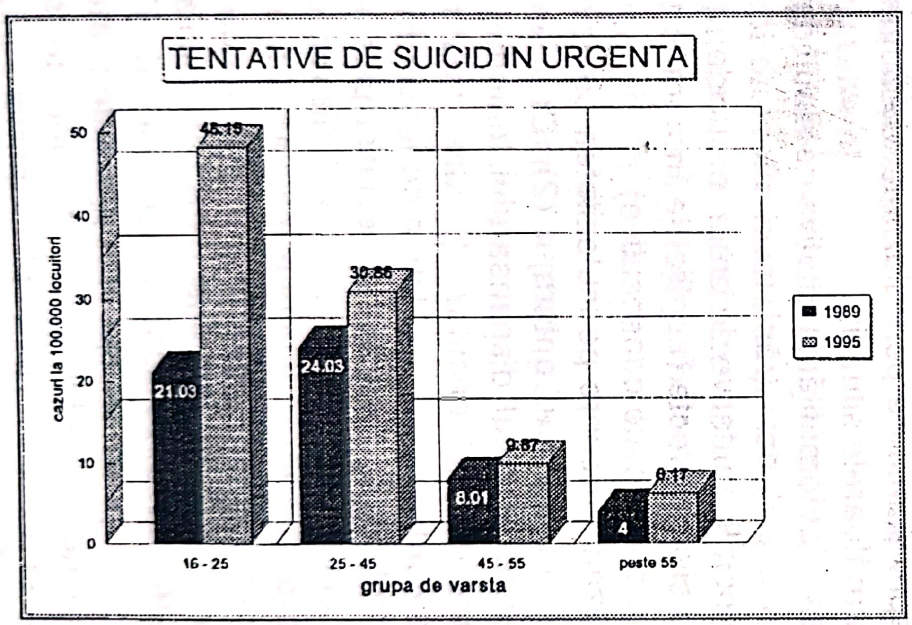

Scanned with OKEN Scanner

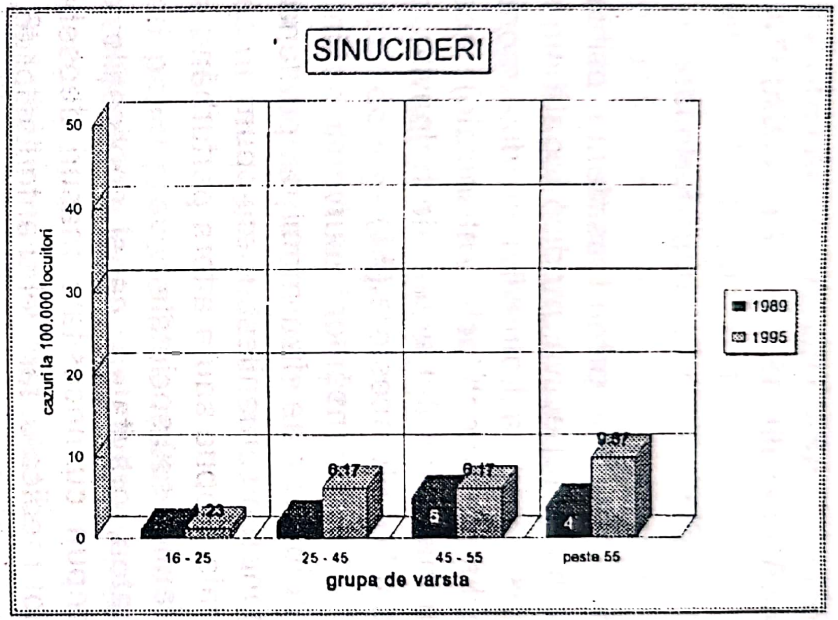

TENTATIVE DE SUICID IN 1989
- in sectia psihiatrie -
5 (41.7%)
7 (58.3%)
Barbati
Femei
(cazuri la 100.000 locuitori)


TENTATIVE DE SUICID IN 1989
- in sectia psihiatrie -
3 (25.0%)
6 (50.0%)
2 (16.7%)
1 (8.3%)
16-25
25-45
45-55
peste 55.
- pe grupe de varsta -
(cazuri la 100.000 locuitori)


TENTATIVE DE SUICID IN 1995
- in sectia psihiatrie -
9.87 (29.6%)
23.45 (70.4%)
Barbati
Femei
(cazuri la 100.000 locuitori)


TENTATIVE DE SUICID IN 1995
- in sectia psihiatrie -
11.11 (33.3%)
16.05 (48.2%)
1.23 (3.7%)
4.93 (14.8%)
16-25
25-45
45-55
peste 55
- pe grupe de varsta -
(cazuri la 100.000 locuitori)




Scanned with OKEN Scanner

# ELEMENTE PRIVIND ASISTENȚA PSIHIATRICĂ PROTECTIVĂ A DIZARMONIILOR DE PERSONALITATE

Dr. VLAD NICOLAE
Spitalul de Psihiatrie Botoşani

În ansamblul măsurilor privind asistența psihiatrică protectivă a bolnavilor psihici din perspectivă medico-legală un rol aparte revine asistenței legale psihiatrice a bolnavilor cu dizarmonii de personalitate (atunci când aceştia săvârşesc acte antisociale). Aceste măsuri au în vedere prevenirea manifestărilor acute ale bolnavilor prin îmbunătățirea performanțelor adaptive ale acestora (11).

În cursul decompensărilor survenite din cauze variate comportamentul bolnavilor de dizarmonii de personalitate este acut şi brusc tulburat generând manifestări ce pun în pericol sănătatea, integritatea corporală proprie sau a altora perturbând serios condițiile de viață şi muncă în familie sau societate.

Imprevizibilitatea, gravitatea, ca şi implicațiile comportamentului acestor bolnavi impun cu necesitate măsuri deosebite printr-un efort conjugat al cadrelor medicale, familiei şi autorităților (6, 8).

Vorbind despre stările de periculozitate ale bolnavului psihic *Henri Ey* (3) enumeră următoarele situații:

- reacții autoagresive (automutilări, tentative de sinucidere, sinucidere);
- reacții heteroagresive directe (răni, loviri, atentate la bunele moravuri, furturi, calomnii, incendii, tentative de omor, omucideri);
- reacții heteroagresive indirecte (neglijențe în comportament, accidente de muncă şi daune economice consecutive).

Primii care se sesizează despre periculozitatea bolnavului sunt membrii familiei, colegii de muncă sau anturajul (2). Oportunitatea intervenției medicale o stabileşte medicul dispensarului teritorial care va examina bolnavul constatând gradul periculozității care-i implică boala acestuia pentru el însuşi ori pentru cei din jur. După ce îi acordă îngrijirile medicul generalist trimite bolnavul la medicul specialist psihiatru din policlinică înscriind în documentele de trimitere cât mai multe date despre bolnavul în cauză. După examinarea bolnavului, psihiatrul hotăreşte dacă este cazul să trimită bolnavul la comisia de specialişti din cadrul spitalului sau secției de psihiatrie de care aparține cabinetul psihiatric. Comisia de specialitate formată din 3 psihiatri şi aprobată de Direcția Sanitară examinează bolnavul şi în funcție de gravitatea afecțiunii acestuia, stabileşte dacă tratamentul va fi efectuat în ambulator sau prin internare până la însănătoşirea acestuia. Hotărârile comisiei sunt anunțate în scris la Procuratura locală fiind totodată înştiințați şi membrii majori ai familiei bolnavului, dispensarul medical teritorial şi cabinetul de psihiatrie. După



Scanned with OKEN Scanner

examinări periodice ale bolnavului comisia stabileşte dacă e posibilă întreruperea tratamentului în regim de spitalizare sau efectuarea acestuia în ambulator (11).

Măsurile privind internarea obligatorie a bolnavilor psihici periculoşi sau reglementate de lege. Scopul acestor măsuri este înlăturarea tulburărilor intervenite în starea bolnavilor, ele având şi o valoare profilactică prin împiedicarea bolnavului să comită acte antisociale (6). Dacă, totuşi bolnavii au săvârşit acte antisociale este evaluat discernământul acestora şi se stabileşte după caz oportunitatea măsurilor de siguranță stipulate în codul penal.

**Instituirea măsurilor de siguranță**

În art. 111 - Cod penal se face precizarea că aceste măsuri au menirea înlăturării stării de pericol şi a prevenirii săvârşirii unor fapte imputabile şi vizează persoanele care au săvârşit fapte prevăzute de legea penală.

Art. 112 Cod penal prevede între măsurile de siguranță şi două măsuri care ne interesează în legătură cu bolnavii psihici periculoşi. Este vorba despre:

A.- măsura obligării la tratament medical şi,

B.- internarea medicală.

**A. Obligarea la tratament**

Art. 113 Cod Penal - prevede obligativitatea tratamentului medical în cazul persoanelor care din cauza unor boli, ori a intoxicării cronice prin alcool, stupefiante sau alte substanțe asemănătoare, prezintă pericol pentru societate. Persoana aflată sub incidența acestor măsuri este obligată să se prezinte în mod regulat la tratament medical până la însănătoşire.

În cazul în care din diferite motive persoana în cauză nu se poate prezenta la tratament, acesta va fi efectuat în condițiile internării subiectului în spital. Dacă persoana aflată sub incidența măsurii de siguranță în conformitate cu art. 113 Cod Penal se află în detenție, tratamentul va fi efectuat în timpul efectuării pedepsei (14).

**B. Internarea medicală obligatorie**

Prevăzut de art. 114 Cod Penal - măsura poate fi luată în mod provizoriu şi în cursul urmăririi penale sau a judecății (14).

În județul Botoşani, cu o populație de 460.000 de locuitori într-o perioadă de 5 ani s-a dispus internarea obligatorie a unui număr de 20 subiecți din care: 17 bărbați şi 3 femei.

Sub incidența art. 114 Cod Penal s-au aflat 50% oligofreni, 30% bolnavi cu psihoze endogene, 10% cu dizarmonii de personalitate şi 10% epileptici cu tulburări psihice. Din totalul acestor subiecți 60% sunt la prima abatere şi 40% recidivişti. În aceeaşi perioadă din bolnavii aflați

Scanned with OKEN Scanner

sub incidența art. 113 Cod Penal 80% sunt bărbați, 20% femei, 70% provine din mediul rural şi 30% din mediul urban. În ce privește diagnosticul: psihozele endogene sunt reprezentate în procent de 40%, epilepsiile cu tulburări psihice 30%, nedezvoltările cognitive 20%, tulburările de personalitate cu 10%. Din totalul subiecților 30% sunt la prima abatere şi 70% sunt recidiviști (12).

Examinarea activității comisiei de aplicare a Decretului 313/1980 care ființează în Spitalul de Psihiatrie Botoşani pe o perioadă de 5 ani permite evidențierea motivațiilor diverse de solicitare a internării obligatorii, precum şi modalitatea de luare a deciziei de către psihiatri. Au fost internați în Spitalul de Psihiatrie Botoşani în conformitate cu Decretul 313/1980 un număr de 22 bolnavi, în perioada menționată, reprezentând un procent de 0,11% față de numărul total de internări. Media internărilor pe an a fost de 4,4 iar față de internările obligatorii din alte țări europene (Danemarca - 2,5%; Spania - 12%; față de totalul internărilor) datele obținute în cazul zonei Botoşani sunt surprinzător de mici (12).

În zona Botoşani se constată că procentul internărilor obligatorii a scăzut aproape 50% după 1989 față de perioada anterioară lui 1989. Aceasta s-ar putea explica pe de o parte datorită disfuncționalității sistemului de asistență ambulatorie (desființarea L.S.M. după 1989), iar pe de altă parte datorită vidului legislativ care a determinat o creştere excesivă a prudenței din partea membrilor Comisiei de aplicare a Decretului 313/1980 în astfel de situații (12).

Repartiția după criteriul nosologic al cazurilor:

| Perioada | Psihoze endogene | Psihopatii | Epilepsii |
|---|---|---|---|
| înainte de 1989 | 16,6% | 33,3% | 25% |
| după 1989 | 16,6% | 8,5% | 0 |

Se observă o scădere de aproape 4 ori a tulburărilor de personalitate după 1989. Din totalul bolnavilor cu internare obligatorie 66,6% provin din mediul rural şi 33,3% din mediul urban. În privința vârstei, cel mai mare procent aparține grupei de vârstă 35 - 44 ani (41,6%) apoi urmează grupa 45 - 54 ani cu 33,3% şi grupa 25 - 34 ani cu 25%.

Cei mai mulți subiecți aparțin sexului masculin (91,6%) şi numai 8,4% sexului feminin. Majoritatea subiecților (75%) au 4 clase, 8,4% şcolii profesionale, liceu ori studii superioare. Din totalul subiecților 58,3% sunt fără ocupație, iar 8,4% agricultori şi 33,3% pensionari de boală.

Studiul evidențiază faptul că tulburările de personalitate ca urmare a structurii lor conflictuale, în veşnic dezacord cu societatea dețin



Scanned with OKEN Scanner

ponderea în internările obligatorii înainte de 1989. Scăderea de aproape 4 ori după această perioadă a internărilor obligatorii la psihopați s-ar putea datora schimbării percepției sociale asupra comportamentelor deviante şi a toleranței față de acestea (10).
Pe de altă parte libertatea de expresie a indivizilor precum şi crearea după 1989 a unui cadru social politic de satisfacere a trebuințelor fiziologice au permis reducerea tensiunilor psihologice provocate şi întreținute de efectul privațiunilor de tot felul dinainte de 1989 (10).

**Concluzii:**

Studiul se referă la asistența psihiatrică protectivă a dizarmoniilor de personalitate concretizate în starea de periculozitate a bolnavilor psihici, în general, şi a psihopatului în special. Prin expertiza legală psihiatrică se stabileşte periculozitatea comportamentului psihopatic care atrage aplicarea unor măsuri de siguranță în scopul protecției anturajului şi persoanei bolnavului.

După evaluarea indicilor de nocivitate psihică la subiecții examinați doar la 20 s-a estimat riscul unui comportament nociv, iar dintre aceştia 10% sunt psihopați. Au prevalat oligofreniile cu comportament dizarmonic şi psihozele.

În ce priveşte tratamentul obligatoriu spitalul a asistat un număr de 22 bolnavi (0,11% din totalul internărilor) procent redus față de internările din alte state sau spitale din țară.

**Bibliografie selectivă**


1. *Angheluță V., Udangiu-Nica Şt., Udangiu-Nica Lidia*: Psihiatrie preventivă, Editura Medicală Bucureşti, 1986;
2. *Dragomirescu V., Hangaru O., Prelipceanu D.*: Expertiza medico-legală psihiatrică, Editura Medicală Bucureşti, 1990;
3. *Ey H.* : Manual de psychiatrie, Editura Masson, Paris, 1974;
4. *Gorgos C.*: Dicționar enciclopedic psihiatric, Vol. I, II, III, IV - Editura Medicală Bucureşti;
5. *Mitrofan N., Butoi T., Zdrenghea V.*: Psihologie judiciară. Editura Sensa, Bucureşti 1992;
6. *Pirozynski T., Scripcaru Gh.*: Despre conținutul medical şi juridic al națiunii de responsabilitate. Revista de Neurologie, Psihiatrie şi Neuroch., vol. VIII, 1963;
7. *Pirozynski T.*: Victimologie şi aspectele responsabiliății medicale în psihiatrie - Proiecții actuale în psihopatologie clinică.Rev.Medico-chirurgicală,Supl. 1993;
8. *Pîrvănescu I.*: Cercetări privind reintegrarea comportamentului aberant şi riscurile sale. Teză de doctorat 1977;
9. *Prelipceanu D.*: Influența circumstanțelor sociale asupra deciziei de internare obligatorie. Revista Medico-legală, vol. II nr. 1/1994;
10. *Scripcaru Gh.*: Activitatea expertală şi asistența socială. Din vol. "Psihiatria azi - actualități şi perspective în asistența bolilor psihice" sub red. T. Pirozynski, supliment Revista medico-chirurgicală, Iaşi 1985;
11. *Vlad Nicolae*: Psihopatiile în semnificația clinică şi relațională. Teză de doctorat 1994;




Scanned with OKEN Scanner

12. XXX: D.S.M. III R.
13. XXX: Cod penal al R.S.R. Editura politică 1968;
14. XXX: Situația operativă a județului Botoşani pe perioada 1989. I.J.P.

## EXTERNAREA "INVOLUNTARĂ" (MEDICO-DISCIPLINARĂ)

Prof. Dr. G.IONESCU, Dr. NORA CĂPRARU, Dr. MARIA IORGULESCU,
Dr. CAMELIA PETCU, Dr. EUGENIA RĂDULESCU
Clinica de Psihiatrie Bucureşti

Două probleme sunt prezentate în această comunicare:

1. Caracterul inadecvat şi inoperant al sintagmei: "*externare involuntară*"
2. Caracterul particular al acestei probleme pentru psihiatria din România.

1. Formularea "*externare involuntară*" este invalidată de polisemia şi totodată de ambiguitatea sa. Astfel:

- noțiunea de "*involuntar*", odată invocată, instituie cu necesitate antonimul acesteia şi anume: "*internarea voluntară*";
- cum adjectivul "*involuntar*" semnifică în mod axiomatic o măsură de autoritate, în opoziție cu dorința şi voința bolnavului, antonimul său "*voluntar*" certifică faptul că toate celelalte externări se fac la dorința şi cu voința pacientului;
- externarea "*involuntară*" fiind, conform observațiilor noastre, o rară excepție (pentru secțiile III şi IV - 1 la 2000 externări), înseamnă că externarea voluntară (efectuată la dorința şi cu voința pacientului) este regula; aceasta nu corespunde realității întrucât:
- majoritatea externărilor se fac la inițiativa şi hotărârea medicului care-i aduce la cunoştință pacientului că tratamentul s-a încheiat sau, se va încheia în următoarele zile;
- conform datelor noastre, în România, medicul nu "*negociază*" cu pacientul data externării acestuia, ci în urma observațiilor clinice şi a rezultatelor investigațiilor stabileşte, cu responsabilitate, oportunitatea momentului externării pe care-l comunică;
- la rândul său, pacientul primeşte cu satisfacție această hotărâre a medicului întrucât ea implică ameliorarea certă sau vindecarea sa; rareori, fixarea scadenței spitalizării nu îl bucură pe pacient dar acesta o acceptă în virtutea acreditării profesionale a medicului.

De fapt, ceea ce în mod curent studiile denumesc "*externare involuntară*" poate fi denumit cu mai multă acuratețe semantică "*externare voluntară*" întrucât:



Scanned with OKEN Scanner

- externarea este o măsură şi un act care aparţine medicului, iar în această situaţie

- se efectuează la dorinţa şi voinţa medicului, pacientul fiind cel care suportă consecinţele acestui demers.

Din perspectiva acestor consideraţii, precum şi prin forma şi semnificaţia sa, externarea nu poate fi denumită "*voluntară*" sau "*involuntară*". Dimpotrivă, externarea fiind consecinţa firească a evoluţiei bolii, este un moment al alianţei terapeutice.

Acest moment (al externării) nu poate fi fixat în mod unilateral ci este stabilit de cei doi protagonişti ai relaţiei terapeutice.

Principalele motive vare determină "*externarea involuntară*" sunt:

**a.** disciplinare

**b.** administrative

**c.** psihosociale

**Cauze disciplinare** constau în încălcarea, în cunoştinţă de cauză, a regulilor spitalizării; printre acestea menţionăm:

- părăsirea spitalului fără învoire (în mod tradiţional denumită "*evadare*");
- introducerea în spital de băuturi alcoolice sau de droguri;
- consumul (în spital) de alcool sau droguri;
- agresionarea unei persoane din echipa terapeutică sau de îngrijire;
- angajarea de relaţii sexuale;
- violul;
- agresionarea unui alt pacient;
- refuzul tratamentului sau abuzul de tratament.

**Cauze administrative**:

- expirarea asigurării;
- expirarea ordinului tribunalului referitor la spitalizarea involuntară.

**Cauze psihosociale**, în care:

- spitalizarea, pe care pacientul doreşte să o prelungească, a devenit nocivă pentru el;
- pacientul s-a însănătoşit, nu mai necesită tratament spitalizat, dar doreşte să-şi continue spitalizarea (fapt care-i uimeşte pe avocaţi, care nu pot înţelege cum cineva poate solicita continuarea spitalizării). În România pot fi consemnate şi alte cauze de externare "*involuntară*", respectiv administrativ-disciplinară şi anume:
  - când este evident că persoana respectivă nu s-a internat pentru o cauză medicală, ci administrativă, pentru a se putea pensiona;

Scanned with OKEN Scanner

- când o situație restrictivă sau punitivă este iminentă iar persoana respectivă doreşte să o evite; încorporarea în armată, repetenția, şomajul;
- existența unei infracțiuni civile sau penale în antecedentele imediate, iar persoana doreşte să invoce existența unei boli psihice spre a se sustrage acțiunii judiciare;
- când cel în cauză, lipsit de locuință şi posibilități materiale ajuns în situația denumită "*caz social*", preferă mediul protector al spitalului, străzii sau penitenciarului.

În aceste situații "*sociale*", clinicianul psihiatru, într-o ambiguitate creată de necesitatea externării şi sentimentul uman al ocrotirii, aşteaptă, uneori ani sau chiar decenii (ne referim la Spitalul Clinic Dr.Gh. Marinescu din Bucureşti) ca timpul sau împrejurările să rezolve, desigur nu urgența medicală ci această, tot mai frecvent întâlnită, urgență socială.

Scanned with OKEN Scanner

*Capitolul 4*

# ASPECTE MEDICO-LEGALE ALE PATOLOGIEI PSIHIATRICE

Scanned with OKEN Scanner

# DELINCVENȚA ÎN PATOLOGIA AFECTIVĂ

Prof. Dr. T.UDRIŞTOIU, Conf. Dr. D.MARINESCU, Dr. G.C. MIHĂESCU
Clinica de Psihiatrie Craiova

Comportamentul agresiv este definit prin finalitatea conştientă sau inconştientă a acțiunii de vătămare, distrugere, degradare, constrângere, umilire ce se manifestă prin acte antisociale.

Eliberarea patologică a agresivității se manifestă întotdeauna prin acte antisociale cu implicații medico-legale, a căror gravitate şi diversitate se înscrie într-un larg evantai, de la manifestările "*minore*" (fuga patologică, furtul), până la manifestările majore dramatice (crima de omor, sinuciderea).

Comportamentul agresiv se desfăşoară pe fundalul unei ostilități inconştiente generatoare de tensiuni intrapsihice marcate, a căror eliberare generează "*explozia*", - raptusul (comportamentul agresiv instantaneu şi nemotivat) şi actul antisocial.

În boala afectivă actele antisociale survin atât în cursul episodului maniacal (mai frecvent), cât şi în cel depresiv. Din literatura de specialitate se desprinde faptul că infracționalitatea în cadrul bolii afective este de peste 20 de ori mai redusă decât în cadrul schizofreniei, fiind de 8 ori mai frecventă în cursul episodului maniacal față de cel depresiv.

Ne-am propus studierea fenomenului infracțional în boala afectivă în comparație cu schizofrenia, în vederea evidențierii unor aspecte diferențiate legate de nosologie şi a unor eventuali factori de predicție ai comportamentului infracțional, care să permită măsuri specifice de terapie şi profilaxie.

Cercetarea a cuprins bolnavii psihici ce au comis infracțiuni, internați în baza art.114 C.P. la Spitalul Poiana Mare. Din numărul total de 406 bolnavi (355 bărbați şi 51 femei) s-au constituit 2 loturi studiate retrospectiv, pe baza foilor de observație clinică şi a rapoartelor de expertiză medico-legală psihiatrică:

Lot A (n = 21) - pacienți cu boală afectivă

Lot B (n = 193) - pacienți cu schizofrenie

S-au urmărit următorii itemi: sex, infracțiunea comisă (pentru ambele loturi) şi forma bolii afective (pentru lotul A). Într-o primă etapă datele obținute au fost prelucrate separat pentru fiecare lot în parte, iar într-o etapă ulterioară s-au comparat rezultatele între cele două loturi.

De la început trebuie remarcat că ponderea pacienților cu boală afectivă din totalul pacienților delincvenți este de numai 5,17%.
Frecvența pe sexe evidențiază o predominență a infracționalității la femei - 15,69% față de 3,66% la bărbați. Aceste date raportate la numărul total



Scanned with OKEN Scanner

de bolnavi, sunt influențate de frecvența generală a patologiei depresive pe sexe (TABEL I).

TABEL I. Ponderea pe sexe a infracționalității la lotul A

| SURSA DE DATE | BĂRBAȚI | | FEMEI | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % |
| DELINCVENȚI | 355 | (100) | 51 | (100) | 406 | (100) |
| LOT A | 13 | 3,66 | 8 | 15,69 | 21 | 5,17 |

Ponderea majoră este deținută pentru ambele sexe de episodul maniacal - 71,42%, față de episodul depresiv - 28,58%. Distribuția pe sexe evidențiază o frecvență aproape dublă la bărbați atât pentru episodul maniacal, cât şi pentru cel depresiv (TABEL II).

TABEL II. Distribuția pe sexe după diagnostic la lotul A

| | EPISOD MANIACAL | | EPISOD DEPRESIV | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % |
| BĂRBAȚI | 9 | 44,21 | 4 | 19,04 | 13 | 61,91 |
| FEMEI | 6 | 28,57 | 2 | 9,53 | 8 | 38,10 |
| TOTAL | 15 | 71,42 | 6 | 28,58 | 21 | 100 |

Tentativa de crimă este cea mai frecventă infracțiune - 38,9%, urmată de alte modalități infracționale - 28,57%; crima patologică are o pondere de 19,4%, iar furtul de 14,28%. Se evidențiază faptul că peste jumătate din bolnavi au comis infracțiuni deosebit de grave, crima de omor şi tentativa de crimă. Pe sexe se remarcă frecvența mai mare a infracțiunilor grave comise de bărbați - 33,32%, furtul patologic fiind comis în exclusivitate de aceştia (TABELUL III).

TABEL III. Distribuția pe sexe după infracțiuni la lotul A

| | CRIMĂ | | TENT.DE CRIMĂ | | FURT | | ALTE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % |
| BĂRBAȚI | 3 | 14,28 | 4 | 19,04 | 3 | 14,28 | 4 | 19,04 |
| FEMEI | 1 | 4,76 | 4 | 19,04 | 0 | 0 | 2 | 9,52 |
| TOTAL | 4 | 19,04 | 8 | 38,09 | 3 | 14,28 | 6 | 28,57 |

Considerăm necesar a sublinia că toate aceste rezultate sunt influențate de numărul mic de cazuri, lot care nu permite stabilirea de corelații statistice.

În ceea ce priveşte lotul B, pacienții cu schizofrenie şi comportament antisocial (acte infracționale) au avut o pondere de 47,54% din totalul bolnavilor internați în baza art.114 C.P., pe sexe



Scanned with OKEN Scanner

ponderile fiind apropiate (aceste date corespund frecvenței schizofreniei pe sexe în populația generală) (TABEL IV).

TABEL IV. Ponderea pe sexe a infracționalității la lotul B

| SURSA DE DATE | BĂRBAȚI | | FEMEI | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % |
| DELINCVENȚI | 355 | (100) | 51 | (100) | 406 | (100) |
| LOT B | 172 | 48,45 | 21 | 41,18 | 193 | 47,54 |

Subliniem că schizofrenia deține aproape jumătate din potențialul infracțional al bolilor psihice, bărbații deținând ponderea majoră a infracționalității în schizofranie - 89,12%.

Ca modalitate infracțională schizofrenii comit cel mai frecvent crima patologică - 38,86%, urmată de alte infracțiuni - 36,26%, tentativă de crimă - 9,32% şi furt - 15,54%; infracțiunile deosebit de grave deținând 48,18% (TABEL V).

TABEL V. Distribuția pe sexe după infracțiuni la lotul B

| | CRIMĂ | | TENT.CRIMĂ | | FURT | | ALTE | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % |
| BĂRBAȚI | 65 | 33,67 | 16 | 8,29 | 30 | 15,54 | 61 | 31,61 | 172 | 89,12 |
| FEMEI | 10 | 5,18 | 2 | 1,03 | - | - | 9 | 4,66 | 21 | 10,88 |
| TOTAL | 75 | 38,86 | 18 | 9,32 | 30 | 15,54 | 70 | 36,26 | 193 | 100 |

Analizând cele două loturi reiese că schizofrenia are un potențial infractogen de 9 ori mai ridicat decât boala afectivă (Fig.1). Pe sexe bărbații cu schizofranie au un risc infracțional de 13 ori mai mare decât cei cu boala afectivă, în timp ce la femei acest risc este mult mai mic (Fig.2).

*Fig.1.* Ponderea comparativă a infracționalității celor două loturi:

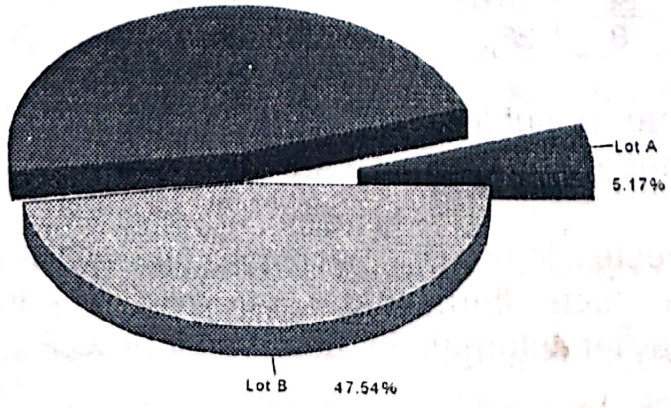
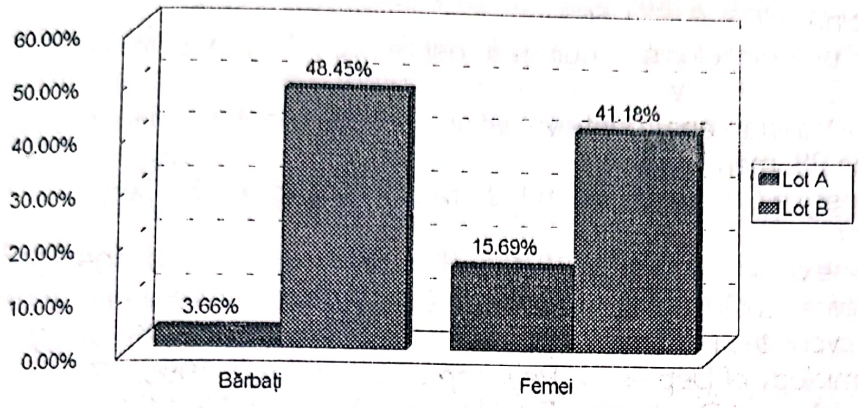


*Fig.2.* Ponderea comparativă a infracţionalităţii pe sexe




Fără a avea pretenţii de siguranţă, am putea afirma că se profilează o corelaţie *infracţionalitate - sex feminin* în cadrul psihozelor afective, şi alta *infracţionalitate - sex masculin* în schizofrenie, mai ales pentru infracţiunile grave.

Bolnavii cu schizofrenie comit de două ori mai frecvent crimă de omor, fără diferenţă semnifcativă între sexe, în timp ce tentativa de omor este de două ori mai frecventă la bolnavii cu boală afectivă. Pentru furtul patologic şi alte infracţiuni există o dispersie aproape egală - 14,28% la bolnavii afectivi şi 15,54% la schizofreni, iar pentru alte infracţiuni - 28,57% la bolnavii din lotul A şi 36,26% la cei din lotul B (TABEL VI).

TABEL VI.Distribuţia comparativă pe sexe şi infracţiuni a celor două loturi

| | CRIMĂ | | TENT.CRIMĂ | | FURT | | ALTE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Lot A% | Lot B% | Lot A% | Lot B% | Lot A% | Lot B% | Lot A% | Lot B% |
| BĂRBAŢI | 14,28 | 33,67 | 19,04 | 8,29 | 14,28 | 15,54 | 19,04 | 31,01 |
| FEMEI | 4,76 | 5,18 | 19,04 | 1,03 | - | - | 9,52 | 4,66 |
| TOTAL | 19,04 | 38,86 | 38,09 | 9,32 | 14,28 | 15,54 | 28,57 | 36,26 |

În concluzie pacienţii cu boală afectivă reprezintă numai 5,17% din bolnavii delincvenţi internaţi conform art.114 C.P., dintre aceştia predominând bărbaţii - 61,90% cu diagnosticul de episod maniacal - 71,42%.

Continuitatea cercetărilor de acest gen ar putea contribui la predicţia comportamentului infracţional, cu consecinţe operaţionale benefice pentru bolnavii psihici, cât şi pentru societate.

**Bibliografie**

1. xxx: Practice guideline for major depressive disorders in adults, American Psychiatric Association, suppl. Am. J. Psychiatry, 1993, 150, 4, 1-26
2. *Akiskal H.S.*: The clinical Management of Affective Disorder, vol.1, sect.2, cap.61, 1991
3. *Beliş V.*: Îndreptar de practică medico-legală, Ed.Medicală, Bucureşti 1990
4. *Brown G.L., Ebert M.H.*: Aggression, suicide and serotonin; relationship in



Scanned with OKEN Scanner

cerebrospinal fluid amines metabolites, Am. J. Psychiatry, 139: 741-746, 1982
5. *Bourgeois M., Goumilloux R., Peyre F.*: Virage maniaque sous clorazepate. Ann. Med. Psychol., 1987, 145,10,855-860
6. *Comstock G.W., Helsing K.J.*: Symptoms of depression in two communities, Psychological Medicine, 1976, 6, 551-563
7. *Delini Stula A.*: New pharmacological findings in depression. Psychopatology, 19, suppl.2, 1986, 94-102
8. *Dubin W.*:The violent patient - an urgent evaluation and treatment, Carrier Foundation Letter, no.98, march, 1984
9. *Eichelman B.*: Aggressive Behaviour: From Laboratory to clinic, Arch. Gen. Psyachiatry, 12: 1-10
10. *Eysenck H.I.*: Origine of violence, Journal of medical etics, vol.5, 1979, 105-107
11. *Freighner J.F., Robins L., Guze S.B., Woodruff R.A., Winikur G.*: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch. Gen. Psychiatry, 1972, 26, 57-63
12. *Gatspar M.*: Epidemiology of Depressiv. Psychopatology supp.2, 1986, 17-21
13. *Kielholz P.*: Epidemiology of Depressifs, Ed. H.Huber-Berne, 1972, 11-12
14. *Lader M.*: Psychiatry and Life Events - Biological and social mechanism, triangle, vol.29, 2/3: 57-64, 1990
15. *Mees U.*: Constitutive elements of human aggressivity

## ASPECTE MEDICO-JURIDICE ÎN ASISTENȚA BOLNAVULUI PSIHIC DELINCVENT

Prof. Dr. S. RÂNDAȘU
Clinica Psihiatrică Cluj-Napoca

În pofida progresului realizat în domeniul asistenței medicale şi sociale, bolnavul psihic delincvent constituie o problemă de actualitate în peisajul psihiatriei contemporane. Dorința de restructurare manifestă în psihiatrie, întâmpină greutăți izvorâte din ambiguități, imperfecțiuni administrative şi chiar juridice.

De mai bine de patru decenii asistăm la transformarea psihiatriei, care se vrea cât mai "*aproape*" de bolnavul psihic, cât mai accesibilă şi mai flexibilă (2). Sectorizarea, şi mai nou ideea de psihiatrie comunitară, încearcă să realizeze acest deziderat (3). Dar, între multiplele probleme pe care le pune o astfel de transformare, este şi cea a percepției bolnavului psihic considerat periculos şi mai ales a celui care a comis un delict (mai mult sau mai puțin grav). Pe această temă punem în discuție criteriul medical ce permite ridicarea măsurilor de siguranță. Se ştie că în ultimul timp se susține ideea că bolnavul mintal nu are un potențial de periculozitate semnificativ mai mare decât omul considerat normal. În plus, nu este "*obligatorie*" la bolnavii psihici nota de agresivitate, de violență comportamentală. Deci, străvechea teamă a oamenilor față de "*nebun*", nu este justificată - şi dacă există - este exagerată.

Partizanii acestui punct de vedere aduc argumente. Unele sunt de natură statistică şi dovedesc că - în general - numărul infracțiunilor



Scanned with OKEN Scanner

săvârşite de bolnavii psihici nu depăşeşte semnificativ cel al subiecţilor normali. Alte observaţii relevă că tratamentele moderne, corect aplicate şi continuate atât cât este necesar, reduc sau chiar obliterează tendinţa spre acte antisociale. Dacă la toate aceste măsuri, asigurăm şi un bun plasament familial şi socio-profesional, riscul ar deveni neglijabil. Argumentele, sunt desigur, corecte şi valabile cu condiţia existenţei suprastructurilor necesare, capabile să asigure o asistenţă de cea mai bună calitate.

Dar şi în aceste condiţii optimale, bolnavul psihic delincvent are o situaţie particulară, atât din punct de vedere medical, cât şi juridic. Legislaţia, respectiv Codul Penal, stipulează concret criteriile de apreciere a cazului. Astfel, după cum se ştie, comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică i se cere să răspundă la trei întrebări:

1.- există sau nu boală psihică
2.- dacă ea există, care este diagnosticul exact
3.- dacă - în contextul săvârşirii delictului - boala a influenţat sau nu discernământul bolnavului.

Decizia finală în aprecierea cauzei aparţine justiţiei. În cazul incadrării în art.114 C.P., bolnavul este internat într-o instituţie psihiatrică abilitată şi beneficiază de un tratament corespunzător.

Dar nu aceasta ar fi problema cea mai importantă. După opinia noastră, ceea ce pune mari şi dificile probleme comisiei medico-legale, este aprecierea momentului încetării măsurilor de siguranţă (scoaterea din prevederile art.114 C.P. (1). Aspectul acesta l-am mai prezentat şi cu alte ocazii. Credem că în perioada în care ne găsim şi în care se discută atât de mult despre psihiatrie şi nu de puţine ori cu tendinţe culpabilizante, o reevaluare a problemei este oportună.

Pregătirea unor psihiatri în domeniul expertizei psihiatro-legale, ca şi înfiinţarea unor unităţi spitaliceşti adecvate acestei categorii de bolnavi - care să poată oferi cele mai bune condiţii de tratament şi recuperare, fără a slăbi eficacitatea supravegherii, sunt proiecte de certă necesitate şi valoare. De asemenea, ar trebui analizat cu mai multă atenţie paragraful care stipulează condiţiile scotaerii din art.114 C.P. până la **vindecarea bolii** (sau însănătoşire). Analiza se impune, pentru că dacă ea este *ad literam* respectată, majoritatea bolnavilor încadraţi în acest articol, nu mai pot fi externaţi, deoarece este puţin probabil ca un psihiatru să decidă cu fermă convingere că, de exemplu, un schizofren sau un oligofren s-a însănătoşit. Solicitarea acestei precizări de către justiţie, are în fond pentru medic şi valoarea unei garanţii pe care acesta o dă justiţiei, că bolnavul nu va mai comite alte fapte antisociale. Chiar dacă interpretarea pe care am avansat-o, nu este specificată în Codul Penal, în eventualitatea că bolnavul recedivează în acţiuni antisociale,



Scanned with OKEN Scanner

responsabilitatea - cel puțin cea morală - cade asupra medicului. În fapt, el ar putea fi făcut responsabil - de justiție, cât şi de familia bolnavului, sau a părții vătămate, că având cunoştință de boală, de riscul externării şi a posibilei recidive - nu a luat suficiente măsuri terapeutice, de siguranță sau probabil a externat prematur bolnavul.

Acest aspect al problemei ar trebui luat în considerare într-o nouă reglementare sau completare a Codului Penal, care să țină seama de faptul că în psihiatrie, **diagnosticul de vindecat este cel mai greu de pus**, deoarece majoritatea bolilor psihice care determină (probabil alături şi de alți factori) comportamente antisociale grave, sunt boli cu evoluție cronică sau repetitiv ciclică. Decompensările psihotice sunt greu previzibile, de cele mai multe ori neaşteptate şi neanunțate de nici un semn premonitor relevant. De asemenea, trebuie avută în vedere capacitatea reală a rețelei sanitare, care în sectorul psihiatriei nu deține încă suficiente mijloace şi personal pregătit pentru cuprinderea largă şi eficientă a tuturor cazurilor (mai ales în oraşele mici).

Fără a dori exonerarea psihiatrului de la obligația asumării responsabilității ce-i revine în comisia de expertiză medico-legală psihiatrică şi în situația în care evaluează şi propune trecerea din art.114 C.P. în art.113 C.P. şi apoi în rețeaua obişnuită, credem că noțiunea de **ameliorat** (mult ameliorat) sau **prezent remis**, ar trebui să înlocuiască cuvântul vindecat. Acesta permite la nevoie justificarea externării şi explică posibilitatea recidivei (dacă ea apare). Altfel, riscăm să perpetuăm în spitale oligofreni, pentru un banal furt sau psihotici remişi - care au comis infracțiuni grave - pe care cu greu "*îndrăznim*" să-i externăm, considerându-i "*vindecați*".

**Bibliografie**


1. *Dragomirescu V.T., O.Hanganu, D.Prelipceanu*: Expertiza medico-legală psihiatrică, Ed.Medicală, Bucureşti, 1990
2. *Predescu V.:* Psihiatrie, Ed.Medicală, Bucureşti, 1991
3. *Sassilas M.*: Criteres de fonctionnement des structures de soins en psychiatrie, in Rev L' Information Psychiatrique 7, vol.64, sept.1988, pag.889 -904


## COPILUL MALTRATAT - ASPECT CLINIC
## (din cazuistica Spitalului Clinic de Copii Oradea)


Dr. M. BEMBEA, Dr. OLGA VANCSIK, Dr. St.KECSKEMETI, Dr. Gh.BOCHIŞ, Asist. sociale: CRENGUȚA FLORUȚ, GABRIELA KIS


Una din problemele sociale deosebit de grave, pe plan mondial constă din brutalizarea, respectiv maltratarea acelei părți a populației care este lipsită de apărare.



Scanned with OKEN Scanner

Aici în speță ne vom ocupa de problema copilului maltratat, o situație în care cifrele negre sunt mult mai mari decât cele înregistrate în studii clinice, penale, concret-cazuistice.

Motivele pentru nerecunoaşterea şi mai ales nedeclararea cazurilor de maltratare a copiilor sunt multiple:

1. Maltratarea copilului mic care încă nu poate comunica ceea ce i se întâmplă, poate fi uşor disimulată sub diverse forme (accident, traumatism întâmplător etc.); în asemenea cazuri de obicei copilul este prezentat sau ajunge la medic curat, aparent îngrijit - rar neglijat, murdar.

2. Maltratarea copilului capabil să comunice ceea ce i s-a întâmplat, dar care ascunde evenimentul sub teroarea amenințărilor din partea părinților sau aparținătorilor ori din frica de a face rău părinților, nedeclarând ce i s-a întâmplat.

3. Maltratarea psihică, teroarea psihologică rafinată şi perversă, mult mai frecventă decât arată aparențele, dar pentru care nu există şi nu pot aduce dovezi materiale, iar martorii rămân o raritate contestabilă de către cei care îşi maltratează copilul.

4. Proasta înțelegere a principiului deontologic al secretului medical sau teama medicului de a se implica în proceduri juridice tracasante şi de a se expune agresiunii maltratărilor.

5. Perplexitatea legislativă cu dificultate de abordare a problemei în practica juridică mondială.

6. Indiferența, din păcate, a opiniei publice, cu mentalitate de neangajare în problemele familiale străine sau în treburi care ar cere un angajament personal.

7. Formalismul revoltător al declarațiilor umanitare de protecție a copilului pe plan mondial.

Există izolat un număr de studii care încearcă să atragă atenția specialiştilor asupra acestor aspecte întunecoase ale existenței umane. Amintim astfel autori ca: *G.Kempe, F.Silvermann* (la noi azi dătătorul de nume sub care se maschează realitatea unui "*battered child*", deci copil maltratat prin bătaie), *B.Steele, V.Drogmueller* şi *H.Silver*, care întocmesc deja din 1962 un raport menit să atragă atenția asupra problemei.

*J.R.Grislain* acordă un studiu statistic unui număr limitat de cazuri, atrăgând atenția că maltratarea adesea poate să fie cauză de invaliditate de durată şi de deces. El descrie 6 politraumatisme, din care 4 mortale, 8 cazuri cu leziuni cutanate şi subcutanate şi 8 cazuri de traumatism craniocerebral, din care: 1 mortal, 4 hematoame subdurale, 2 hemoragii meningeene şi 1 meningită seroasă. El găseşte în etiologie la 90% din



Scanned with OKEN Scanner

cazuri alcoolismul. În cazul în care intervine alcoolismul ei susțin că în măsură egală joacă rol alcoolismul mamei cu al tatălui.

Studiul nostru se referă la cazuistica Spitalului Clinic de Copii Oradea pe o perioadă de 5 ani: 1990-1995, înregistrat fiind 80 de victime ale agresiunii fizice. Cazuistica după vârstă se prezintă astfel:

0 - 1 an = 4%
1 - 3 ani = 6%
4 - 6 ani = 10%.
7 - 12 ani = 20%
13 - 16 ani = 60%

Repartizarea pe sex: 75% băieți; după proveniență: 70% din mediul urban. Sub raport socio-economic şi cultural: 65% provin din mediu muncitoresc şi numai 2% din familii de intelectuali, restul părinți agricultori sau fără ocupație.

În 22% din cazuri studiate, agresorul este unul din părinți din mariaj instabil, despărțit de partener, necăsătorit sau divorțat. 26% din părinți prezintă tulburări psihice. Dintre aceste tulburări menționăm: forme avansate de alcoolism, psihoze schizofrene, dar şi agresivitate condiționată de proprii experiențe psihotraumatizante în copilărie (orfani, instituționalizați cu hospitalism etc.).

Semnificativ în acest sens este cazul fetiței L.I. în vârstă de 8 ani, agresată fizic grav şi repetat de tatăl alcoolic, infractor, şi el la rândul lui fiind orfan instituționalizat, adesea maltratat în copilărie. Mama fetiței, şi ea agresată fizic grav şi repetat, se sinucide după tentative repetate. În urma maltratării fetița cu un traumatism ocular, îşi pierde complet vederea.

Studiind corelația între agresor şi vârsta copilului maltratat, constatăm că între 0 - 6 ani agresorul cel mai frecvent este unul dintre părinți. Citățm aici pe o mamă schizofrenă care provoacă sugarului ei de 4 luni, un TCC închis şi leziuni cutanate multiple; de asemenea cazul unui sugar de 11 luni bătut de tatăl său având 17 ani.

La vârsta pubertății agresiunea domestică în 90% din cazuri este comisă de către tată față de fiică, maltratarea îmbrăcând adesea forme extreme. Citățm cazul unei fetițe de 15 ani, agresată de tatăl alcoolic care-i provoacă un TCC închis, multiple hematoame şi o plagă tăiată la un deget de pe mână, în scopul scoaterii unui inel.

La grupa de vârstă 12-16 ani cazuistica este dominată de sexul masculin la care agresiunea s-a produs mai frecvent în mediu extrafamilial de către agresori de vârstă apropiată (în 60% din cazuri) sau adulți, de multe ori necunoscuți (în 40% din cazuri).

Aspecte clinice cu traumatisme adesea asociate, cuprind în ordinea frecvenței: leziuni diverse cutanate (echimoze, hematoame,



Scanned with OKEN Scanner

plăgi); fracțiuni; TCC închis cu contuzie superficială până la hematom; sindrom Silverman cu politraumatism grav şi TCC în I.plan.

Din cazuistica Spitalului Clinic de Copii Ordaea rezultă că fenomenul de maltratare nu a crescut numeric pe parcursul a 5 ani, totuşi s-a extins la grupa de vârstă 0-1 an şi 12-16 ani prin creşterea patologiei psiho-comportamentală a părinților şi degringolada etico-morală răspândită în societate, cu extracerbarea agresivității şi un libertism comportamental.

**Concluzii**:

Studiind cele 80 cazuri de maltratare înregistrate în Spitalul Clinic de Copii Oradea pe o perioadă de 5 ani, se constată:

- la grupa de vârstă 0-6 ani agresorii propriilor copii sunt mai ales părinții cu tulburări psihice;
- există o incidență crescută la grupa de vârstă 12-16 ani;
- sunt prezente forme clinice severe, care justifică diagnosticul de sindrom Silverman;
- nu există internări pe motivul explicit de maltratare psihică;
- nu există o implicare judiciară în cazurile studiate;
- este nevoie de o legislație mai severă privind pedepsirea adulților care agresează fizic şi psihic copilul, atât în familie cât şi în afară.

## LIMITE ŞI CONTRADICȚII ÎN APLICAREA SPITALIZĂRII INVOLUNTARE

Şef de lucrări Dr. D. PRELIPCEANU
Clinica de Psihiatrie Bucureşti

Demersul psihiatrului se adresează ființei umane, adică psihismului şi persoanei. În situații critice, cum sunt acelea legate de starea de periculozitate, el va ajunge inevitabil în postura de a îngrădi într-un fel sau altul valențele fundamentale ale acesteia: persoana umană se va vedea amenințată, prin serviciul psihiatric ce i se face de a-şi pierde libertatea pentru câteva zile/săptămâni/luni, de a i se modifica o anume stare (starea de vigilitate de ex.), de a i se administra un medicament ce-i limitează anumite abilități, de a i se influența capacitatea creativă prin unele efecte secundare (sau chiar terapeutice ale unui astfel de tratament), de a i se modifica unele habitudini (prin unele psihoterapii, ca cea comportamentală de ex.) etc. Subiectul etic al lucrării noastre se referă la situația când psihiatrul trebuie să limiteze libertatea pacientului (persoanei) prin internarea obligatorie, acesta (aceasta) aflându-se într-un pericol generat de o stare psihică specială.



Scanned with OKEN Scanner

Pentru a sintetiza natura etică a problemei este necesar să clarificăm: ce trebuie mai întâi respectat din punct de vedere moral, dreptul pacientului de a refuza internarea sau urgența îndeplinirii acesteia prin orice mijloace, dată fiind gravitatea stării sale psihice, care îl pune în pericol pe el şi pe cei din jur? Aşa cum precizează *Hare* (1981, p.31, 35) din perspectiva cea mai generală se poate răspunde în două moduri:

**a.** la modul **absolut** oricine are drepul de a fi respectat, de a-i prezerva libertatea voinței (răspunsul fiind dictat de poziția pe care te situezi: cea a bolnavului ca ființă liberă / cea a medicului care trebuie să-l protejeze, ca şi societatea, prin orice mijloace);

**b.** în mod **pragmatic** e convenabilă eludarea perspectivei etice, considerând că e suficient să serveşti cât mai bine interesele pacientului, "*rațiunea de a fi a psihiatrului*" (*Bloch, Chodoff*, 1981, 1, p.5).

Neajunsul perspectivei **a.** este că nu ne spune **cum** să alegem dreptul cel mai potrivit condiției generale de ființă liberă a pacientului şi nici care drepturi să fie preferate, omise atunci când ele sunt incomparabile. Neajunsul perspectivei **b.** este că s-ar putea să ignorăm interesele altora atunci când ne concentrăm exclusiv pe ale pacientului. Totuşi rămâne cea mai convenabilă pentru că într-o situație dată, interesele altora pot fi ignorate (amânate dacă cele ale pacientului sunt, să zicem, vitale). *Hare* (ibid.) crede că trebuie să acceptăm nivele morale diferite de rezolvare a problemei: "*dacă apar conflicte conceptuale la un nivel, ele nu vor putea fi rezolvate decât situându-ne la unul mai înalt*" (p.33).

Având în vedere subtilitatea raționamentului citățm din continuarea textului respectiv: "*Ne putem probabil asigura de faptul că avem datoria de a servi interesele pacientului şi de a-i respecta în acelați timp drepturile examinându-ne proprile noastre intuiții ale unui nivel inferior. Dar dacă ne întrebăm care datorie sau care intuiție ar trebui îndeplinite într-o zi, vom avea nevoie de alte mijloace decât intuiția noastră, de o gândire mai elaborată (să o numim "gândire critică morală") pentru a aşeza problema între ele (adică între nivelul intuițiilor noastre şi această "gândire critică morală")*". Fără să dezvoltăm perspectiva filozofică ne mărginim să spunem că acest gen de dileme insolubile pe care le pune uneori psihiatria pot fi rezolvate doar utilizând - fără doar şi poate - o astfel de "*gândire critică morală*" (care poate uneori include şi intuițiile aflate mai prejos decât ea în mintea noastră, intuiții ce țin de bunul nostru simț), dar punând-o în slujba unei perspective utilitarist-pragmatice. E drept că riscăm să ajungem astfel într-o situație paradoxală, când - pentru a rezolva cel mai bine pentru pacient situația - e nevoie să spunem o minciună. Aşadar, după cum demonstrează *Hare*



Scanned with OKEN Scanner

(ibid.) referindu-se la o paradigmă kantiană, **perspectiva pragmatică**, care glorifică utilitatea atitudinii noastre imediate pentru rezolvarea unei situații date (ceea ce ne obligă pentru moment, la suspendarea "*gândirii critice morale*"); această perspectivă pragmatică ne poate pune inevitabil în ipostaza de a nega respectarea altor drepturi ale persoanei (pacientului), ca de exemplu acela de a i se spune adevărul. Se pare că psihiatria prin demersurile sale practice, conduce în plan etic la astfel de contradicții, ce se apropie mult de aporiile eleate.

Boala psihică este o "*patologie a libertății*" (*Ey*, 1948, *Ey, Bernard, Brisset*, 1979, 2, p.67) ceea ce nu face decât să "*complice*" problema etică medicală prin aceea a necesității **consimțământului liber şi informat**. Acesta poate fi ştirbit prin "*afectarea autonomiei psihologice a pacientului*" care-l pune uneori chiar în imposibilitatea de a alege alternativa optimă în privința propriei sănătăți, sau oricum îi poate reduce considerabil capacitatea de a-i înțelege oportunitatea (*Grunberg*, 1990, 3, p.443; *Gagné*, 1989, 4, p.810; *Bloch, Chodoff*, 1981, 1, p.5). Internarea obligatorie pentru o situație de periculozitate face de cele mai multe ori superfluă respectarea acestui consimțământ liber şi informat, chiar mai mult, ea este în bună măsură o **consecință** a incapacității persoanei de a şi-l mai putea da. Spitalizarea involuntară nu este însă, desigur, totdeauna o "*sentință de incompetență*" (*Klerman, Schechter*, 1981), pacientului fiindu-i prezervate toate drepturile civile.

Cum consimțământul trebuie să fie mai mult decât o acceptare pasivă (*Rozovski şi Rozovski*, 1986, citați de *Draper* şi *Dawson*, 1990, 5, p.286), se acceptă mai multe "*componente*" care îl definesc (*Hartman*, 1987):

1.- dezvăluirea informației referitoare la procedura terapeutică respectivă;
2.- competența (capacitatea psihică de a decide asupra acceptării / respingerii);
3.- înțelegerea informației primite;
4.- acceptarea / inacceptarea voluntară;
5.- decizia finală.

"*Un proces şi nu o formă*" (*Draper, Dawson*, 1990), consimțământul liber şi informat este necesar înaintea oricărui tratament/măsură terapeutică şi poate fi considerat ca atare doar dacă pacientului i se spune orice este necesar şi ar trebui să ştie pentru a decide modul optim pentru interesele sale (*Ferguson*, 1980). Există şi diagrame standardizate care oferă o schemă operațională de determinare a competenței (şi deci a posibilității consimțământului valabil), aşa cum stipulează *Ontario Mental Health Act* (1987).



Scanned with OKEN Scanner

**Bibliografie**
1. *Hare R.*: The philosophical basis of psychiatric ethics în: Block S., Chodoff P. (eds.)
2. *Ey H., Bernard P., Brisset Ch.*: Manuel de Psychiatrie, Masson, 1979
3. *Grunberg F.*: La doctrine du consentement libre et eclairé, Rev.Can.de Psychiat., 1990, 35, 5, 443-50.
4. *Gagné P.*: More Law for Beter Medicine?, Am.J.Psychiat., 1989, 146,, 7, 819-20.
5. *Draper R.J., Dawson S.*: Competence to consent to Treatment: A guide for the Psychiatrist, Can.J.Psychit., 1990, 35,5, 285-89.

## ASPECTE CLINICO-EPIDEMIOLOGICE ALE PSIHOZELOR ALCOOLICE DE TIP TRANSFORMANT LA BOLNAVII CU ALCOOLISM CRONIC PRIN ABUZ DE VIN ŞI CEL MIXT

Prof: Dr. N. OPREA, Dr. V. DUBCENCO, Dr. V. OPREA, Dr. M.PLOTNICU, Dr. V. BLAJINU
Clinica de Psihiatrie Chişinău

Analiza datelor literaturii ştiinţifico-medicale ne demonstrează că în ultimele decenii s-au adunat multe date privitor la modificările clinice ale psihozelor alcoolice, nu numai la alcoolismul mixt, dar şi la cel prin abuz de vin. Cercetările efectuate nu sunt însă destule, iar rezultatele obţinute sunt divergente. Aşa de exemplu, în aprecierea gravităţii manifestărilor alcoolismului prin abuz de vin s-au format două tendinţe proporţional opuse. Conform primeia, alcoolismul prin abuz de vin şi psihozele consecutive, se caracterizează prin "*moliciunea*" manifestărilor clinice şi dinamice (*A.M.Pleşco*, 1973; *A.S. Gamcrelidze*, 1981; *I.M. Donovan*, 1986). Conform celeilalte, nu se exclude gravitatea alcoolismului vinic şi a psihozelor, atât la nivel psihopatologic, cât şi somatoneurologic (*A.G. Nacu, V.I. Chisleacov*, 1973; *Ş.C. Chendjaev*, 1984; *R.J. Cadoret, M.W. Gorman*, 1985; *C.G. Danielean*, 1989). *V.I. Chisleacov*, 1980; *B.D. Zlatan*, 1987; *A.G. Nacu*, 1981, 1987, 1991, în cercetările lor menţionează că problema psihozelor alcoolice cu evoluţie atipică merită atenţie din punctul de vedere al caracterului alcoolului potat, a particularităţilor premorbide şi a schimbărilor reale ale patomorfozei. În pofida celor expuse, până în prezent, în cercetările consacrate alcoolismului prin abuz de vin, a celui mixt şi a psihozelor consecutive nu se aplică o unică abordare sistematizată în aprecierea manifestărilor clinice. Sunt atinse doar unele fragmente clinice ale acestei probleme. Toate publicaţiile sunt dificil de comparat din cauza heterogenităţii materialului clinic introdus. Problema abordată necesită studiere suplimentară, mai ales în elaborarea criteriilor diferenţial - diagnostice la psihozele alcoolice cu recidive şi transformaţii, atât la alcoolismul cronic



Scanned with OKEN Scanner

prin abuz de vin, cât şi la cel mixt. Din aceste considerente a fost efectuat studiul clinico-epidemiologic al unui grup statistic omogen de bolnavi (112 pacienţi bărbaţi) suferinzi de alcoolism cronic, care au suportat pe parcursul maladiei până la zece accese de psihoze alcoolice, inclusiv. În dependenţă de caracterul bolii pacienţii au fost repartizaţi în 2 loturi: în primul lot au fost incluşi 88 pacienţi (78,6%) care abuzau vinuri, al doilea lot - compus din 24 (21,4%) pacienţi suferinzi de alcoolism mixt. Metodele de bază ale acestui studiu au fost clinico-catamnestică şi statistică. În prelucrarea statistică a observaţiilor clinice au fost explorati indicii variaţiilor matematice, dispersiile, erorile standard. Comparaţiile matematice au fost efectuate prin intermediul parametrilor "*t*" - *criteriul Student - Fisher* şi "*U*" - *criteriu Fisher*. Gradul de corelaţie între indicii estimaţi a fost apreciat prin *coeficientul Pirson.*

Majoritatea bolnavilor - 84 (75%) au fost studiaţi catamnestic pe parcursul de la 3 până la 8 ani (din 1985 până în 1995).

Rezultatele cercetărilor indicate ne permit să afirmăm că vârsta 35-40 ani se găseşte în cea mai înaltă treaptă de risc în apariţia psihozelor alcoolice de tip transformant.

Vârsta întrebuinţării primare a alcoolului în grupul pacienţilor cu alcoolism vinic, variază de la 14 până la 18 ani, în grupul alcoolismului mixt de la 17 până la 25 de ani.

Majoritatea pacienţilor primului lot - 50 (56,8%) şi lotului doi - 20 (83%) au început a face abuz de alcool în vârstă de la 20 ani până la 30 ani. În lotul pacienţilor cu alcoolism cronic vinic, primele accese psihotice apăreau mai frecvent în decurs de 5-15 ani de la începerea abuzului de alcool, pe când în lotul pacienţilor cu alcoolism mixt primele accese de psihoze apăreau după 3-10 ani, ceea ce indică decursul lor malign. Cercetând vârsta manifestării primelor accese psihotice în ambele loturi de pacienţi, s-a constatat, că psihozele celor care foloseau vin apar la vârsta de la 25 până la 35 ani.

La toţi pacienţii studiaţi s-a depistat gradul doi şi trei al alcoolismului cronic. În primul lot de bolnavi gradul II al alcoolismului s-a depistat la 70 pacienţi (79,5%), iar gradul III la 18 bolnavi (20,5%). În lotul doi - gradul II a fost constatat la 16 pacienţi (66,7%), gradul III la 8 pacienţi (33,3%). Toţi bolnavii studiaţi pe parcursul maladiei au suportat în total 352 stări psihotice. Cei 88 pacienţi din lotul alcoolismului vinic au suportat 275 psihoze /în medie 3,1 stări psihotice la un singur bolnav), pe când 24 pacienţi cu alcoolism mixt au suportat 77 psihoze (în medie 3,2).

Manifestarea primei psihoze în lotul pacienţilor cu alcoolism vinic a fost sub formă de delirum tremens la 52 pacienţi (59%), halucinoză - la 15 bolnavi (17,1%), paranoidă - în 15 cazuri (17,1%). În 6 cazuri (6,8%)



Scanned with OKEN Scanner

debutul s-a manifestat prin accese de epilepsie cu dezvoltarea ulterioară a delirium tremens. În lotul alcoolismului mixt debutul sub formă de delir acut a fost depistat la 14 pacienți (58,3%), halucinoză - la 5 pacienți (20,8%), paranoidă - la 3 persoane (12,5%), iar în două cazuri (8,4%) - psihoză Korsakov. Analizând numărul total de psihoze alcoolice suportate pe parcursul maladiei s-a constatat că la bolnavii cu alcoolism vinic predomină psihozele de tip delirium tremens, pe când alcoolismul mixt sunt mai caracteristice stările de halucinoză.

Luând în considerație că deseori psihozele alcoolice se formează pe un substrat biologic deteriorat şi ca rezultat apar psihoze atipice, neclare după particularitățile sale de dezvoltarea, noi am studiat minuțios premorbidul pacienților pe fondalul cărora se dezvoltă stările psihotice. Au fost studiați factorii microsociali, contribuitori la reabuzare, factorii constituționali şi alți factori biologici, care ne permit aprecierea stării organismului, funcțiilor compensator-adaptive, importante în mecanismele apariției psihozelor alcoolice. Analiza statistică a materialului clinic a depistat o serie de factori de risc, care provoacă psihoza sau contribuie la transformările sindromologice în ambele loturi de pacienți - în total 275.

La pacienții cu alcoolism vinic s-au depistat 203 factori patogeni (în mediu 2,3 factori la fiecare pacient), iar la pacienții cu alcoolism mixt - 72 factori (în medie 3). Au fost luați în considerație factorii ereditari de alcoolism la pacienți, anomaliile constituționale ale persoanelor respective, cât şi maladiile psihice ereditare. În lotul pacienților cu alcoolism vinic, factorii de risc de proveniență endogenă au fost depistați la 29 bolnavi (32,9%), pe când în grupul mixt numai la 6 pacienți (25%)($p< 0,05$). Exogeniile s-au repartizat în următoarea succesiune: la pacienții cu alcoolism vinic. Patologia gastro-duodenală a fost depistată în 66 cazuri (75%), consecințele traumelor cerebrale şi afecțiunile organice ale sistemului nervos central au fost la 62 bolnavi /70,5%), patologia sistemului cardio-vascular la 33 persoane (37,5%), căilor respiratorii - 29 pacienți (3%), dereglările endocrine - la 10 bolnavi (11,4%) şi sistemului urogenital - la 3 bolnavi (3,4%); la pacienții cu alcoolism mixt - afecțiunile organice ale sistemului nervos central s-au depistat la 23 din 24 pacienți din acest lot (95,8%), patologia sistemului cardio-vascular - în 19 cazuri (79,2%), căilor respiratorii - la 13 bolnavi (54,2%), organelor gastro-intestinale - la 8 pacienți (33,3%), bolilor endocrinologice - la 8 bolnavi (33,3%), şi la un singur pacient (4,2%) - a căilor urogenitale. În ambele loturi de bolnavi au fost depistate diferite particularități de integrare a factorilor patogeni de risc. 30 pacienți (34,1%) cu alcoolism vinic au avut în premorbid un singur factor de risc, 13 pacienți (14,8%) . doi factori de risc, 33 bolnavi (34,1%) - combinația



Scanned with OKEN Scanner

a 3 factori, şi 12 pacienţi (13,6%) - 4 factori de risc. În lotul pacienţilor cu alcoolism mixt numai la unul din ei (4,2%) s-a depistat un singur factor de risc, combinaţia a 2 factori s-a constatat la 6 pacienţi (25%), trei - la 9 bolnavi (37,4%), şi 4 factori - la 8 bolnavi (33,3%). Deci, în grupul alcoolismului mixt s-a constatat un număr mai redus de pacienţi cu un singur factor de risc ($p<0,01$), pe când în grupul alcoolismului vinic procentul pacienţilor cu 4 factori de risc în premorbid este statistic semnificativ mai mic ($p<0,05$). Datele examinării statistice arată concret, că la pacienţii cu alcoolism mixt, exogeniile patiogenetice sunt mult mai numeroase decât în cazurile alcoolismului vinic. Pentru acest lot de bolnavi e caracteristică prezenţa combinaţiilor din mai mulţi factori de risc, atât în premorbid, cât şi pe parcursul maladiei.

Analiza materialului clinic a relevat diferite legităţi în apariţia şi evoluţia psihozelor alcoolice de tip transformant atât la alcoolismul prin abuz de vin, cât şi la cel mixt. Vârsta de 35-40 ani se găseşte pe cea mai înaltă treaptă de risc în apariţia psihozelor alcoolice de tip transformant. La alcoolismul prin abuz de vin primele psihoze de acest tip se dezvoltă după o perioadă de 5-15 ani de la apariţia primelor semne ale alcoolismului cronic, pe când la cel mixt după 3-10 ani. Diferenţa între grupe e evidentă ($p<0,05$). Aceasta ne indică particularităţile specifice ale narcomaniei alcoolice mixte, dovedeşte toxicitatea, gravitatea şi polimorfismul alcoolismului mixt. În lotul alcoolismului prin abuz de vin psihozele alcoolice de tip transformant apar mai des în vârsta de la 30 până la 40 de ani, pe când la alcoolismul mixt la 25 - 30 ani. Diferenţa statistică medie în 5 ani e evidentă ($p<0,05$). Aceasta ne confirmă evoluţia mai malignă şi progradientă a alcoolismului mixt. E de menţionat faptul, că în lotul alcoolismului prin abuz de vin bolnavii au suportat nu număr comparativ mai mic de psihoze. Se poate afirma, că pentru alcoolismul vinic sunt mai caracteristice psihozele de tip delirium tremens, pe când pentru alcoolismul mixt - halucinozele. Studierea factorilor de risc (endogeni şi exogeni) ne-a demonstrat că la alcoolismul vinic mai frecvent se constată ereditatea agravată de alcoolismul părinţilor şi bolile somatice, în special gastro-duodenale, pe când la cel mixt sunt mai frecvente afecţiunile organice ale sistemului nervos central, traumele cranio-cerebrale, neuroinfecţiile. E de menţionat faptul că la pacienţii cu alcoolism mixt se constată mai mulţi factori de risc în medie la un bolnav. Practic în toate cazurile studiate, la pacienţii ambelor loturi au fost constataţi factorii de risc în premorbid, ceea ce ne dovedeşte rolul important al subtractului patigenic în apariţia psihozelor alcoolice de tip transformant.

Studiul clinico-epidemiologic efectuat ne permite să afirmăm, că fiecare psihoză alcoolică suportată este rezultatul acumulării şi creşterii



Scanned with OKEN Scanner

calitative şi cantitative a maladiei, unde se petrece o interacţiune a bolilor etiologic diferite, unde alcoolismul agravează prognosticul patologiei somatice şi neurologice, iar ultimele, la rândul său accelerează formarea alcoolismului cronic, contribuie la apariţia mai rapidă a psihozelor alcoolice, la atipizarea şi transformarea lor. Analiza interrelaţiei factorilor endogeni şi exogeni ne permit afirmarea că factorii ereditari şi constituţionali contribuie la progredienţă, durata maladiei şi complicaţiile clinice ale psihozelor alcoolice, pe când factorii exogeni acţionează mai mult asupra termenului apariţiei psihozelor, contribuie la recidive şi transformaţii.

**Bibliografie**:

1. *Donovan I.M.*: An entiologic model of alcoholism, Amer. T.Psychiatry, 1986, 143, 1, p. 1-11
2. *Cadoret R.I., M.W. Gorman*: Alcoholism and antisocial personality, Arch. Gener. Psychiatry, 1985, 42, 2, p.161-167

Restul bibliografiei fiind în limba rusă, redactorii nu au avut posibilitatea de a culege textul în această limbă. Această bibliografie se găseşte la autori.

## TENTATIVA SUICIDARĂ ŞI SUICIDUL ASPECTE MEDICALE ŞI PSIHOSOCIALE LA COPII

Dr. G. CURTEANU, Dr. R. SPINEANU
Spitalul Clinic de Copii Oradea

O creştere numerică a intoxicaţiilor voluntare cu scop de suicid ne-a atras atenţia şi pentru că fenomenul este mai puţin obişnuit cu implicaţii medico-psiho-sociale, l-am supus unei analize. Problematica oferă numeroase aspecte particulare prin factori de vârstă, dezvoltare, structuri şi profile psihologice, premize sociale sau patologice.

Prin prisma acestor elemente prezentăm câteva consideraţii asupra a 64 observaţii spitalizate pe o perioadă de 10 ani (1979-1988). Dintre acestea 17,2% (11 cazuri) se petrec în prima jumătate a perioadei specificate, 82,8% (53 cazuri) în a doua parte a acestuia. Creşterea este manifestă.

Participarea de sex feminin este categorică - 91,7% - şi se plasează între vârstele de 10-12 ani în 4,7%, 13-14 ani în 18,7%, 15-16 ani în 76,6%, reflectând şi o suprafaţă de expunere mai mare şi o reactivitate particulară.

Mediul de provenienţă este urban în 70%, în rest rural, dar o parte a familiilor au o implantare urbană recentă, insuficient consolidată.



Scanned with OKEN Scanner

Structura socio-profesională a familie cuprinde:

| | Tata | Mama |
|---|---|---|
| Muncitori industriali şi agricoli | 38 | 34 |
| Tehnicieni şi funcţionari | 16 | 4 |
| Studii superioare | 4 | 3 |
| Casnice | - | 21 |
| Părinţi decedaţi | 6 | 2 |

Pe această structuralizare reţinem pregătirea inferioară a mamei ceea ce în context nu ni se pare deloc neglijabil.

Există antecedente patologice familiale în 31,2%: tuberculoză, boala Basedow, handicap motor, intervenţii operatorii repetate, cardiopatii, hepatopatii, diverse tipuri de nevroze îndeosebi la mame, alcoolism agresiv sau schizofrenie la tată şi encefalopatii cronice la fraţi.

Decesele părinţilor au fost cauzate de accidente, decompensări cardiace şi hepatice, tumori maligne, afecţiuni degenerative.

Antecedentele patologice ale copiilor au reprezentat boli infecţioase în 20,3% şi au fost particulare prin comiţialitate, primoinfecţie TBC, hepatită cronică, condiloame vulvare, sarcină, viol în grup, şoc nervos.

Tentativa suicidară repetată s-a înregistrat în 7 cazuri (peste 10%), din care 4 de mai multe ori, toate prin ingerare de medicamente, una asociată cu flebotomie.

Rezultă că, aproape jumătate din copii (48,4%) au fost supuşi unor condiţii stresante şi deprimante.

Ameninţările au un sens în tentativele de suicid, dar aceasta a variat în funcţie de personalitatea subiectului. Nu putem delimita un sindrom "*presuicidal*" din reconstituirea datelor anamnestice şi examinărilor psihologice. Există însă o serie de manifestări - autolimitare crescută, reducerea legăturilor interumane, pregătirea unui plan executoriu etc. - care traduc constricţia psiho-reactivă.

Implicaţiile de geneză sunt majoritar multifactoriale şi de intercondiţionare. Deşi dificil de disociat, am departajat următoarele patru grupări:

- **stări speciale** definite prin deces sau boală consumptivă în familie, sarcină, conflict sentimental cu abandon, ultraj, etilism cronic agresiv şi maltratare (18,7%). Tipul de suicid mai des realizat este impulsiv-emoţional şi în spatele lui se ascund trăiri negative cu accente emoţionale puternice. Actul este favorizat de nestăpânire şi lipsa de control **.a.**

- **familii dezorganizate** (12,5%) cu insuficienţă de standard material, cultural şi afectiv; părinţi vitregi, bolnavi, influenţe negative de mediu exercitate asupra copilului **.b.** Familia şi anomaliile sale sunt



Scanned with OKEN Scanner

esențiale în determinismul psiho-reacției, mai ales atunci când se elaborează personalitatea. Îndeosebi la fete, frustarea afectivă se suportă greu, controlul emoțional este mai slab; ele sunt mai puțin înarmate pentru viața extrafamilială şi sentimentul de insecuritate exprimă cel mai des acțiunile. Frustările mari, penibile sau brutale, au generat anxietate, tensiuni sau stări depresive şi surmenaj. Carențele prelungite sau cumulate au determinat mai mult instabilitate comportamentală şi nuanțarea desinserției prin diverse manifestări: absenteism şcolar, vagabondaj, conflict sentimental sau chiar social. Reacții protestatare violente cu sau fără capotaj psihic s-au înregistrat la lezarea drepturilor copilului ca persoană, îndeosebi la vârsta mai mare.

- **insuccesul şi retardul şcolar** (32,8%) a fost izolat din motive de boală (comițialitate, stări disarmonice) frecvent în schimb prin igienă mentală defectuoasă, carență educativă, folosirea unor metode pedagogice şi afective inadecvate, omiterea controlului şi colaborării familiei.

Scurtcircuitarea relației "*aspirație-realizare*" a fost în esență pretextul tentativei. În această categorie reprezentarea familiei "*organizate*" şi tentativa "*demonstrativă*" este dominantă.

- **sindroame patologice** s-au conturat în 51,5% şi ele suprind următoarele categorii:

**1.**- sindroame neurotice reactive poliforme ca manifestare 21 cazuri (instabilitate emoțională, psihastenie, anxietate, caracter ciclotimic, reacții Hy etc.);

**2.**- retardarea intelectuală moderată, bradipsihie 4 cazuri;

**3.**- sindroame nevrotice structurate, persistente 4 cazuri (psihonevroze);

**4.**- structuri disarmonice cu elemente discordante în 2 cazuri.

Apare că, suicidul se produce adesea ca rezultat al unui bilanț biologic negativ, cu cât suicidul apare mai devreme cu atât gravitatea bolii şi/sau reacției apare mai mare.

- Modul de suicid a fost medicamentos în exclusivitate:

**a.** medicație solitară în 45 observații (70%)

**b.** medicație asociată în 19 observații (30%) din care în 2 cazuri şi detergent/dezinfectant , respectiv factor mecanic la un caz (flebotomie).

Medicamentele dominant folosite (86,5%) au acționat pe sistemul nervos (sedative, neuroleptice, psihotrope, anticonvulsivante, atropinice) şi surprinde varietatea mare a preparatelor. În rest s-a uzat de antialergice, hipotensoare, salicilați, sulfamide, diuretice şi chiar laxative.

Au fost spitalizați în stare de mare gravitate 23 cazuri (36%) din care 12 comatoase (18,7%). Gravitatea a fost medie în 27 cazuri



Scanned with OKEN Scanner

(42,1%) şi uşoară în 14 cazuri (20,3%). Fenomenul a putut fi pus în legătură cu:

**a.**- natura substanței şi dozei ingerate;
**b.**- asociația medicamentoasă şi sumația toxică;
**c.**- durata de la ingerare la spitalizare - 6 ore şi peste în 60% - premeditarea cu ingerări de noapte şi expunere la absobție masivă;
**d.**- asociații morbide şi reacții individuale.

Tabloul clinic corespunde în general implicației etiologice, dar în formele spitalizate tardiv sau depăşite prin gravitate. S-au produs asocieri sindromatice derivate din lanțul patogenetic (cardiovasculare, respiratorii, hepato-renale, metabolice, vasomotorii, vegetative, senzoriale şi mai puțin hematologice).

Evoluția a fost integral favorabilă. Nu s-a semnalat nici un deces.

În aproximativ o treime a cazurilor tentativele de suicid au avut un caracter demonstrativ: pretext pentru stop de libertate, conflict cu părinții şi în consecință şantaj sau sancționarea lor; implicația restricțiilor şcolare şi angajarea părinților, etc. La întrebarea "*Ai vrut să mori?*" răspunsul a fost sistematic o negație. Această categorie de subiecți s-a dovedit comunicativă şi la o întreținere "*confidențială*" fără nici o "*dramatizare*" au manifestat sinceritate şi revenirea s-a făcut fără dificultate de adaptare. Aceaşi conduită a fost cerută şi părinților.

Tentativa trebuie privită însă cu seriozitate, mai ales repetitiva şi la tipul introvertit negativist. Aceştia au fost adevărații frustați, deprimați sau incoerenți afectivi. Contactul inițial a fost nu rar într-un mod oarecare camumflată.

O valorificare a factorilor de prognostic corespunde în general estimărilor făcute de Ana Freud. El poate fi considerat bun pentru bolnavii având:
**a.**- toleranță la frustații, frică şi pericol;
**b.**- posibilitatea de a deplasa energia instinctuală;
**c.**- accepțiunea de a vedea situațiile prin raționament şi inteligență.
El poate fi considerat rău sau limitat pentru cei având:
**a.**- pierderea frecvenței de control a impulsurilor agresive;
**b.**- intoleranță la frustație;
**c.**- disarmonie între o inteligență excelentă şi posibilitatea de realizare.

Conduita se cere adecvat axată: să nu judecăm, să înțelegem, să vindecăm, să prevenim. Profilaxia comunitară şi individuală presupune:
**a.**- educație şi integrare socială cât mai bună, cunoaşterea personalității copiilor şi adolescenților, colaborare plurifactorială prin organisme familiale, pedagogice, de ocrotire socială, administrative şi juridice;



Scanned with OKEN Scanner

**b.**- dispensarizare şi supraveghere selectivă adresată tentativelor cu motivaţie severă presupunând intercalarea pedopsihiatrului şi a organismelor sociale definite pentru asistenţa medico-psiho-socială integrată;

**c.**- legislaţie adecvat revizuită şi sever aplicată privind:

**1.**- ocrotirea socială a minorilor;

**2.**- respectarea personalităţii şi drepturile copilului;

**3.**- inadaptarea şi delincvenţa juvenilă;

**4.**- discernământ în elaborarea şi eliberarea de produse industriale şi farmaceutice cu intercalarea factorilor de răspundere.

Dificultăţile cele mai mari de realizare se angajează prin:

**a.**- confluenţa multifactorială în determinism în primul rând

**b.**- atitudini care duc la nerespectarea sau nesocotirea personalităţii copilului, la subestimarea nevoilor şi securităţii sale.

Cadrul necesită aprofundări de ordin medical, psihologic şi sociologic - "*spiritul să vină în ajutorul spiritului*". Dorim ca experienţa celor expuse să fie utilă cu precădere în acest sens.

## COPILUL NEDORIT CA PROBLEMĂ MEDICO-LEGALĂ

Dr. ANA-MARIA GRIGORESCU, Dr. ADRIANA PANAITESCU,
Prof. Dr. C.ROMANESCU
Clinica de Psihiatrie "Socola" Iaşi

În cadrul unui simpozion la Piatra Neamţ în martie 1987 *Prof. Dr. C.Romanescu* - Iaşi şi regretatul *Prof. Dr. L.Ţurcanu* - Timişoara au lansat formula "*sindrom al copilului nedorit*", expresie diagnostică foarte penetrantă în următorii ani devenind oarecum, de uzanţă sub termenul de "copilul nedorit".

Era firesc pentru psihiatrii şi pediatrii din România să identifice acest sindrom deoarece în anii menţionaţi s-a observat cel mai bine fenomenul unor adevărate valuri de rezistenţă împotriva naşterii copilului neplanificat şi chiar nedorit de mamă manifestat prin agresiune fizică (avort sau tentative de avort) şi psihică (sindrom dezvoltat prin perturbările de afecţiune în cuplul mamă-copil). Ulterior, odată atrasă atenţia asupra acestei probleme de nosografie, din nefericire foarte des existentă în ţara noastră, termenul s-a extins.

În lucrarea noastră încercăm să ordonăm tulburările legate de această circumstanţă psihică patogenă: nedorirea copilului şi să schiţăm un portret tipic al copilului nedorit corelând sindromul cu potenţialul medico-legal care vizează acte abuzive din partea părinţilor şi o latentă



Scanned with OKEN Scanner

deschidere către comportament aberant din partea victimei. Această încercare este chiar necesară în țara noastră unde "*copilul nedorit*" este un fenomen social obiectivat prin existența a peste 40.000 de copii abandonați de mamă imediat după naştere, fapt care implicit conferă statutul de nedorit unor astfel de copii.

Orice copil născut împotriva dorinței mamei împotrivire determinată de circumstanțe socio-familiale (ceea ce se petrece în majoritatea cazurilor) sau de atenuarea instinctului matern (situație biologică rarisimă) constituie în fapt un copil nedorit. Abandonul reprezintă un eveniment resimțit negativ de ambii parteneri ai cuplului mamă-copil probabil dar noul născut este victima principală. Simbioza profundă între mamă şi făt este incontestabilă, relațiile depăşind nivelul homeostaziei, umoral şi neurovegetativ. Gravida care se teme de copilul pe care îl gestează suferă un şoc emotiv cronic latent, care nu concentrează într-un anume moment resurse biologice de natură suficient de intensă pentru avort sau naştere prematură, însă este o continuă purtătoare de mesa e antifăt reprezentate pe propriul plan psihologic prin sumarea unor momente conflictuale fantasme şi permanente grade de refulare. Cercetările ecografice stabilesc apariția acestor relații conflictuale mamă-făt ce debutează la sfârşitul lunii a IV-a de sarcină. Dacă admitem că ideea obsesivă a mamei (complex de culpabilitate transferată în angoasă ca ură împotriva fătului) reprezintă nucleul sufletesc al gravidei, vom înțelege că această trăire emoțională se răsfrânge asupra viitorului copil. Această trăire emotivă obsesională va acționa evident prin canalele fiziologice de la existente capacitățile senziorale oferind o primă cale care sugerează apariția unui adevărat şoc nevrotic la făt. O multitudine de observații nu mai permit nici un dubiu cu privire la trauma afectivă suferită inconştient de un viitor copil nedorit.

Întrebarea esențială care sintetizează şi explică eventuala structură neurofiziologică deficitară a copilului stigmatizat de nedorirea sa de către mamă, constă în ce măsură această preistorie a sa se va materializa în psihologia sa ulterioară.

Oricum copilul nedorit din punctul de vedere al psihiatriei contemporane este purtătorul unei cicatrici psihice care-i afectează eul primordial. Naşterea reprezintă pentru acest copil evadarea dintr-un mediu în care a suferit ca într-un orfelinat. Viața postpartum a acestei ființe va fi decisă în circumstanțe diferite. Prima din nefericire cea mai frecventă este vulgarul abandon este consacrarea definitivă orfelinatului. De aici se despart căi relativ identice prin aceea că nu duc de fapt nicăieri: îngrijiri medicale, nutriție optimă, educație în grup nu pot evita dezvoltarea acelui tip de copil de cămin care rămâne marcat de complexul de "orfan" şi de necesitatea apartenenței familiale. Sub



Scanned with OKEN Scanner

aparențe deseori ireproşabile aceşti copii ascund complexe insatisfacții şi soluții compensatoare care mai devreme sau mai târziu vor deveni vizibile. Problema esențială a acestor copii nedoriți deveniți cu timpul lipsiți de inserție costă în viața psihică secretă deconspirată spontan prin acte cu caracter reprobabil, fie false ataşamente nesubstanțiale, fie mai ales la adolescenți în acte de comvulsie, violență şi heteroagresivitate demonstrative.

O altă rezolvare a problemei copilului nedorit constă în reconvertirea instinctului matern la vederea copilului. Pulsiunea negativă a mamei dispare, iar eul primordial al copilului este receptiv la această rezolvare mai ales prin stimuli declanşați de alimentarea la sân. De altfel, cordonul lactat trebuie privit ca o prelungire a cordonului ombilical, ca o legare temeinică de mamă, favorizând construirea şi consolidarea relației dintre mamă şi copilul anterior repudiat.

O rezolvare criminală este abandonarea sa tardivă la câteva luni de la naştere şi de coexistență cu mama. Dacă abandonul precoce are repercursiuni determinate de căutarea unei identități pe care copilul nu şi-o poate construi în lipsa familiei, abandonul tardiv - în general la câteva luni - constituie tragedia cea mai mare pe care o poate trăi copilul nedorit. Nu putem sonda fantasmele şi reprezentările acestui orfan fără a recurge la clasica "*depresie anaclitică*" descrisă de Spitz în 1943. Este vorba de o apatie masivă cu refuzul contactului şi indiferență la anturaj, survenind lent şi prograsiv în mai multe săptămâni după faza de plâns şi de agățare a copilului de adulți. Anorexia şi pierderea în greutate sunt constante şi ulterior oprirea în dezvoltare şi regresia achizițiilor motorii şi intelectuale, precum şi o rezistență scăzută la infecții. Pentru psihiatrii devine evidentă trauma psihologică - privarea de contactul cu mama în aceste circumstanțe.

Din punct de vedere social viitorul copilului nedorit este sumbru, perspectivele de ameliorare fiind legate de capacitatea de a-şi regăsi în sine însuşi o motivație de inserare socială sau şcolară. Totuşi copilul nedorit pare a avea posibilitatea de a se dezvolta normal dacă a fost adoptat de o familie echilibrată şi dornică de copii, existând numeroase exemple care sugerează valoarea acestui artificiu psihologic.

Dar indiferent dacă poate constitui un sindrom sau doar o problemă de psihiatrie socială, copilul nedorit este o problemă prea importantă pentru a fi înregistrat doar ca o expresie a patologiei sociale contemporane.



Scanned with OKEN Scanner

# ABUZUL SEXUAL LA COPIL ŞI ADOLESCENT - consecinţe

Şef de lucrări Dr. IULIANA DOBRESCU(1), Dr. E.R. IONESCU-MIHĂIŢĂ (2)
(1) - Clinica de Neuropsihiatrie Infantilă - UMF "Carol Davila"
- Spitalul clinic "Dr. Gh.Marinescu" Bucureşti
(2) - Institutul Medico-Militar Bucureşti

Abuzul sexual la copil nu este un fenomen nou, el a existat şi în trecut. Problema pe care o ridică în ultima vreme este, însă, legată de o recrudescenţă a sa, precum şi de posibilitatea de intervenţie. Mijloacele şi metodele de prevenire perfecţionându-se au adus în acelaşi timp şi posibilităţi de prevenire şi recuperare.

Rezolvarea acestei probleme nu poate fi realizată numai de către specialişti. Este necesară şi intervenţia comunităţii, a mass-mediei.

Abuzul sexual poate fi definit ca un contact sexual între adult şi copil, contact în care copilul este considerat ca un obiect de satisfacere a dorinţei şi pornirilor adultului. Contactul sexual în sine nu este unica modalitate prin care se realizează abuzul sexual, el implecând şi abuzul de forţă în convingerea sau constrângerea copilului, acest al doilea aspect fiind mai important prin consecinţele sale în timp asupra dezvoltării proceselor afective, dezvoltării neuropsihice şi chiar somatice. Există mai multe tipuri de abuz sexual la copil, unele din acestea implică neapărat actul sexual în sine. Pe lângă viol sau incest, abuzul sexual poate include: exhibiţionismul adulţilor faţă de copii, pornografia, masturbarea, precum şi contactul pervertit sau perversiunile sexuale care nu presupun folosirea organelor genitale. Trebuie precizat cadrul în care se desfăşoară abuzul: în familie sau în afara ei. În cazul abuzului în familie sunt implicaţi părinţii, mai ales cei vitregi sau alţi membri ai acesteia: fraţi, surori, rude de gradul II. În aceste cazuri abuzul începe la o vârstă fragedă pentru copil, chiar preşcolară, vârstă la care copii expuşi presiunii din partea adulţilor nu vorbesc despre aceasta, semnele de abuz fiind găsite în comportamentul şi atitudinea copilului. Abuzul sexual poate fi insidios începând cu atingerea copilului şi, treptat, în timp se ajunge la contactul sexual propriu-zis, caz în care este dificil de apreciat când anume începe acest fenomen.

Până acum nu s-a constatat o incidenţă mai mare legată de sex. Se pare că în familie sunt expuşi cu acelaşi risc şi fetele şi băieţii, iar în momentul manifestării abuzului faţă de unul din copii, tendinţa este de a progresa şi de a fi implicaţi şi ceilalţi în timp. Trebuie menţionat că uneori cel care abuzează poate implica şi alte persoane, oferind "obiectul" şi altor adulţi, caz întâlnit în practică de obicei la adulţii la care acest fel de perversiune este coexistentă cu narcomaniile.



Scanned with OKEN Scanner

Dacă abuzul sexual este realizat de o persoană din afara familiei, atunci, de regulă, ea este bine cunoscută de către copil şi se situează în imediata apropriere a acestuia, fiind prieten, vecin, cunoscut, caz în care copilului îi va fi aproape imposibil să-l recunoască datorită sentimentului de inhibiție şi îngrijorării sale că nu va fi nici măcar ascultat de către părinți, aceştia având totală încredere în persoana respectivă.

Se mai poate constata un fenomen, cel al abuzului organizat, care înseamnă prostituție a copiilor. Aici participă , de regulă, copiii care provin din familii dezorganizate, care au fugit de acasă datorită altor forme de abuz sau atitudine necorespunzătoare a familiei, copii cu tulburări de comportament, copii abandonați de familie, cei care vagabondează, copii cu tulburări psihice care au ajuns din neglijență în stradă, unde sunt atraşi şi racolați de proxeneți sau persoane interesate de acest tip de activitate şi care îi folosesc în scopul profitului personal. Există şi copii care din diverse motive ajung pe stradă, şi pentru a-şi câştiga existența se prostituează. Fenomenul acesta este mai des întâlnit la copii față de care s-a abuzat în trecut. Aceşti copii au fost amenințați sau mituiți să tacă în privința primului act de abuz. Alteori, ei sunt mituiți permanent în schimbul tăcerii sau amenințați cu consecințele unui eventual denunț, care include nu numai măsurile luate față de adultul ce a comis abuzul, ci şi reacția pe care ar avea-o cei apropiați copilului, aflând despre acest act. Copilul este pus să aleagă între o tăcere cumpărată şi acceptarea abuzului şi consecințele denunțului care pot schimba întreaga imagine despre sine în fața colectivității şi a familiei. Acest şantaj funcționează, fiind un alt aspect al abuzului sexual şi anume acela al abuzului de putere.

Adulții care abuzează de copii pot încuraja activitatea sexuală între copii, ceea ce contribuie la amplificarea sentimentului de jenă, de culpabilitate la copilul abuzat; în acest caz identificarea este mai dificilă. Acestor copii li se cultivă şi li se întreține un sentiment de vinovăție în scopul de a păstra tăcerea.

Copii cu dizabilități sunt, prin definiție, mai vulnerabili, orice tip de afecțiune somatică scăzând şansele de autoapărare. Din aceştia, cei cu tulburări psihice reprezintă un grup aparte şi mai expus, deoarece adesea este pusă sub semnul îndoielii credibilitatea faptelor relatate, acestea fiind interpretate ca semne de boală psihică, consecința unei imaginații patologice sau a unor tulburări ale proceselor psihice. Recunoaşterea abuzului la aceste categorii de copii este deci dificilă şi necesită un proces lung de investigare, în echipe pluridisciplinare de pecialişti.

Consecințele abuzului sexual la copil sunt multiple datorită imaturității neuropsihice şi somatice. Un abuz sexual la copii poate crea



Scanned with OKEN Scanner

dizabilități fizice prin violența cu care este realizat. Putem întâlni traumatisme sau politraumatisme, în cadrul cărora cel mai des apare traumatismul cranian, uneori cu consecințe în plan neurologic putând produce diferite grade de handicap. Apar întârzieri în procesul de creştere şi dezvoltare (până la 10% din potențialul normal conform vârstei).

Autorii nord americani găsesc la copii abuzați întârzieri în dezvoltarea psihică până la 50% din cazuri. Se constată întârzieri de limbaj (până la 1/3 din copii), dificultăți de comunicare şi relaționare. Din punct de vedere emoțional se pot întâlni două tipuri de reacție (*Grey* şi *Kempe*): unul în care copilul este compliant, atent, extrovert, provocator, agresiv. Pe termen lung există şanse crescute ca acest ultim tip să se structureze într-o tulburare de personalitate, de tip antisocial.

Din punct de vedere psihologic, se remarcă: anxietatea, ideile de culpabilitate, teama de posibilitatea repetării abuzului, scăderea stimei de sine (*Martin* şi *Beezley* - până la 62%), precum şi dificultăți de relaționare, retragere în sine, idei de autoacuzare. Aceste caracteristici pot fi regăsite ulterior şi la adult, ele persistând în timp.
Copii abuzați au un risc crescut de a dezvolta un comportament agresiv, heteroagresiv cu conturarea unei tulburări de personalitate de tip antisocial sau autoagresiv cu tentative de suicid şi cu tendința spre abuzul de substanțe toxice, stupefiante şi alcool.

În dezvoltarea ulterioară a copilului şi evoluția lui spre adult, pot apare tulburări în activitatea sexuală, dificil de tratat şi care pot rămâne tot cursul vieții adulte. Unii din aceşti copii, ajunşi la vârsta adultă, au dificultăți în începerea vieții sexuale, în realizarea unei activități sexuale normale, existând o anxietate permanentă legată de actul sexual sau de ideea de a deveni părinți, de a avea un copil.

Se mai pot întâlni două posibilități şi anume: apariția sindromului de stress posttarumatic (fobie, anxietate, disociere la nivelul gândirii şi reacții de scurtcircuit), şi a sindromului SUMMIT, numit şi sindrom de acomodare, descris în 1980, care începe cu izolarea, disimulare (secretomanie), continuă cu sentimentul de inutilitate - lipsă de speranță, apoi acceptare a situației şi realizarea unei personalități "duble", în care o parte acceptă abuzul, iar altă parte face abstracție de el, ca şi cum nu ar exista. Investigarea opiilor cu acest ultim sindrom este dificilă pentru că orice rememorare a traumei sau încercare de a conştientiza situația lor se însoțeşte de accentuarea izolării şi a sentimentului de inutilitate şi lipsă de speranță.

Descoperirea abuzului poate fi făcută ca urmare a destăinuirii copilului față de un mem..bru al familiei, nu neapărat rudă apropiată, față de un profesor de la şcoală sau față de un prieten. Alteori, abuzul este



Scanned with OKEN Scanner

suspectat în urma schimbării comportamentului copilului sau este identificat prin mărturia unui adult anchetat şi pentru alte cazuri de abuz.

Un cadru didactic poate suspecta abuzul asupra copilului atunci când acesta, brusc, are dificultăți de învățare, incapacitate de concentrare şi teama de a pleca acasă. Uneori copii maschează bine aceste aspecte datorită sentimentului de securitate pe care-l simt când pleacă de acasă, considerând şcoala o posibilitate de evadare.

Medicul poate ridica suspiciunea unui abuz, când se confruntă cu un copil traumatizat cu semne de agresiune fizică şi, cu atât mai mult, în fața unui copil cu leziuni ale organelor genitale sau boli venerice. Nu trebuie neglijată posibilitatea apariției unei sarcini la fete, sau investigarea mănunțită a unor morți violente ce pot fi rezultatul unui abuz sexual sau consecința acestuia, respectiv reducerea la tăcere.

Aşadar, copilul trebuie cercetat cu atenție, anamneza să fie executată atent, cu deosebit tact, orice fapt relatat de copil trebuie considerat ca atare, întrucât copilul nu poate spune ceea ce nu ştie exact. Dialogul este greu de realizat dacă copilul nu este încă pregătit să vorbească, se simte în nesiguranță sau este speriat. Se vor audia părinții şi alte persoane din anturajul copilului pentru confruntarea informațiilor şi obiectivitatea lor. Este necesară o anchetă socială care să investigheze mediile-oglindă ale copilului, respectiv familia, camera de lucru, şcoala, grupul de copii cu care acesta este în contact, vecinii. Se va căuta precizarea comportamentului copilului în ultima perioadă de timp. Tactul este indispensabil şi copilul nu trebuie acuzat în nici un moment al procesului de investigare. Uneori, examene medicale suplimentare traumatizează în plus psihicul copilului accentuându-i tendințele de izolare, anxietate, sentimentul de devalorizre şi contribuind la strucurarea ulterioară a unei tulburări de personalitate (ex. examenul ginecologic).

Concluzionând cele afirmate mai sus, putem aprecia că abuzul sexual la copil este o problemă de inters general, nu numai pentru psihiatru sau psiholog, dar prin implicațiile pe care le are asupra vieții ulterioare a acestuia devine o problemă de interes şi pentru sociologi şi pedagogi, legişti şi jurişti. Copilul este o structură vulnerabilă, încă insuficient constituită, iar actele de abuz au consecințe asupra întregii dezvoltări a acestuia, nu numai din punct de vedere medical, dar şi social, putând fi generatoare de handicap sau dizabilități, ori putând influența delincvența în rândurile minorilor sau adulților mai târziu.

Investigarea abuzului sexual este dificilă la copil, deoarece presupune restructurarea şi adaptarea interviului în conformitate cu vârsta copilului şi cu gravitatea impactului psihotraumei asupra acestuia şi dificultățile de concentrare, tulburările de comportament, leziunile genitale, bolile venerice, simptomele somatice sau afecțiunile



Scanned with OKEN Scanner

psihosomatice, sarcina, pot orienta medicul, psihologul spre suspectarea unui abuz sexual izolat sau încă prezent asupra copilului.

## SUICIDUL ŞI ATACUL DE PANICĂ

Dr. Delia Podea, Dr. Mihaela Brad, Dr. Papai Bela
Spitalul de Psihiatrie Arad

Secolul al XX-lea a fost denumit "*secolul anxietăţii*", dar acest concept este tot atât de vechi, din punct de vedere istoric ca şi umanitatea.

Termenul de anxietate este utilizat atât în limbajul indo-european, (rădăcina sa fiind Ankh, din care derivă termenii: anxiety, anger şi anguish) cât şi în limbajul slav în care înţelesul termenului este mai apropiat de frică. Simbolul anxietăţii, însemnând în limbajul indo-european tristeţe şi constricţie, este întâlnit atât în simbolistica egipteană cât ţi în cea coptă. La popoarele arabe înţelesul cuvântului anxietate este similar cu cel din limbajul slav.

Rădăcinile conceptului actual al fricii şi anxietăţii se regăsesc în scrierile, studiile teologice şi filozofice ale lui PASCAL (secolul XVII), KIERKEGAARD (secolul XIX), precum şi ale filozofilor şi scriitorilor existenţialişti ai secolului XX.

Conceptul anxietăţii din punct de vedere ştiinţific este, pentru prima dată, formulat de DARWIN, care considera frica o reacţie inerentă a adaptabilităţii, care este însoţită de tremur, dilatarea pupilelor, creşterea frecvenţei respiratorii, modificarea tonalităţii vocii, erecţia părului, precum şi de o mimică specifică. Tot el a observat că anxietatea prezintă diferite grade de intensitate: de la surpriza sau neliniştea de intensitate medie până la agonia terorii.

FREUD a identificat nevroza anxioasă, diferenţiind-o de neurastenie. El descrie anxietatea ca o stare emoţională, afectivă, neplăcută, care se caracterizează prin sentimente subiective de teamă, nelinişte cronică. După FREUD, anxietatea constă dintr-o asociere specifică fenomenologică şi fiziologică a manifestărilor comportamentale, asociere similară cu cea descrisă de DARWIN pentru frică (sentimente de teamă, nelinişte, nervozitate şi frică, groază). FREUD a identificat şi factorii care favorizează, precipită apariţia reacţiilor anxioase şi a considerat (1936) că descoperă, a priori, elementul istoric care uneşte elementele aferente şi eferente ale stării anxioase.



Scanned with OKEN Scanner

Anxietatea a fost definită deci, fie ca o stare emoțională specifică, neplăcută, fie ca un tip de reacție, care se diferențiază de mânie sau supărare prin combinarea, asocierea specifică a particularităților ei psihologice şi empirice. Anxietatea constă dintr-un sentiment de tensiune, neliniște, nervozitate, îngrijorare, însoțit şi de modificări fiziologice cum ar fi: creşterea T.A., palpitații, tahicardie, transpirații, uscăciunea gurii, greață, vertij, hiperventilație, crampe musculare, tremur, neliniște (simptome care se datoresc activării SNV).

Din multitudinea tulburărilor anxioase descrise îndeosebi în ultima decadă, în studiul de față, ne-am oprit asupra entității nosologice descrise de KLEIN sub denumirea de "atac de panică".

Coryell (1980) atrage primul atenția asupra mortalității crescute a bolnavilor cu atac de panică din cauze cardio-vasculare şi prin suicid.

Studiile epidemiologice demonstrează frecventa asociere a tulburării de panică cu tentativele suicidare. Astfel WEISMANN (1989) găseşte în anamneza a 20% din cazurile cu atac de panică, tentative suicidare, cu mențiunea că acest procentaj s-a găsit la cazurile cu comorbiditate depresivă, şi doar un procentaj de 7% la celelalte. GOLDSTEIN (1991) şi alții găsesc doar un procentaj de 0-8% de cazuri de atac de panică din numărul total de suiciduri şi tentative suicidare. Studii efectuate în ambulator, considerate mai puțin relevante găsesc: LAPINE (1993) - din lotul de 100, 42% din cazurile de atac de panică au prezentat tentative suicidare, dar comorbiditatea depresivă (52%) şi abuzul de alcool au fost mai frecvente; RIEHMER şi colaboratorii (1994) - din lotul de 50, idei suicidare au prezentat 40% din cazuri şi 4% tentative suicidare, cu mențiunea că nu există diferențe semnificative, în ceea ce priveşte comorbiditatea, între grupul cu sau fără idei suicidare, decât la depresivi (65% - 23%).

Majoritatea studiilor sunt de acord că riscul tentativelor suicidare este mai mare în cazul atacurilor de panică decât în populația generală (7% față de 1%), fiind asemănător cu cel din depresia majoră necomplicată.

Studiile lui MARKOWITZ şi colaboratori (1989) ne indică din nou un risc de 20% pentru tentativele suicidare, în cazul subiecților diagnosticați cu atac de panică, rezultat surprinzător, dacă ne gândim că alte afecțiuni psihiatrice, cum ar fi tulburările afective, schizofrenia, erau considerate ca având un risc suicidar crescut, în comparație cu atacul de panică.

Riscul tentativelor suicidare este mai mare, în cazul comorbidității tulburării de panică cu alte afecțiuni, ca de exemplu: agorafobia, abuzul de alcool şi/sau alte droguri, distimia, tulburările de personalitate şi anume personalitatea de tip borderline, antisocială, histrionică, evitantă,



Scanned with OKEN Scanner

dependentă şi pasiv-agresivă. Menţionăm că, în cazul asocierii atacului de panică cu personalitatea de tip borderline, riscul suicidar este de 25%. Riscul maxim suicidar este ilustrat de comorbiditatea tulburării de panică cu depresia .

Studiul nostru şi-a propus să determine prevalenţa ideaţiei suicidare şi a tentativelor suicidare în cazul pacienţilor diagnosticaţi cu tulburare de panică, cu sau fără agorafobie, care au fost internaţi în Spitalul de Psihiatrie Arad în perioada anilor 1990-1994, diagnosticul fiind stabilit pe baza criteriilor operaţionale ale DSM-III-R, cu ajutorul cărora au fost evaluate şi stările comorbide asociate. Studiul a fost realizat pe cei 39 de subiecţi (32 de femei şi 7 bărbaţi) care au fost spitalizaţi în perioada respectivă, vârsta medie fiind cea de 34,5 ani la intrarea în studiu.

Pentru a realiza acest studiu epidemiologic a fost elaborată o scală standard, care cuprinde 16 itemi. O parte din itemi sunt variabile ca de exemplu: vârsta, sexul, statutul marital, durata în timp a bolii şi statutul socio-economic. Abuzul de alcool şi/sau droguri, "apelul" la serviciile medicale de urgenţă, comportamentul autodistructiv, altul decât cel suicidar, labilitatea afectivă, emoţională, percepţia vieţii ca haotică şi/sau "goală", precum şi tentativele suicidare au fost notate ca absente sau prezente. Intensitatea gândurilor suicidare precum şi a fricii de aceste gânduri, ca şi severitatea tentativelor suicidare au fost de asemenea consemnate. În final în scală a fost inclus ca un item important frecvenţa atacurilor de panică pe lună, frecvenţă raportată de pacientul însuşi. O serie de itemi ca de exemplu: frecvenţa gândurilor suicidare, severitatea ideaţiei suicidare, istoricul pozitiv pentru tentativele suicidare, precum şi severitatea tentativelor suicidare, au fost estimate încă o dată pentru a realiza o evaluare cât mai corectă a acestei ipoteze.

Severitatea riscului suicidar a fost estimată în funcţie de:
- prezenţa gândurilor suicidare: absente; mai puţin decât o dată pe lună (sporadic); de 2-3 ori pe săptămână; aproape zilnice.
- severitatea ideaţiei suicidare: absentă; fără risc; risc moderat; risc sever
- istoricul pozitiv pentru tentativele suicidare: da; nu

precum şi:
- securitatea tentativelor suicidare: nesemnificativă; semnificativă

Cei mai fideli predictori ai ideaţiei suicidare sunt următorii itemi: perceperea vieţii ca haotică şi/sau "goală", lipsită de sens, instabilitatea afectivă, frecvenţa atacurilor de panică, sexul feminin şi comportamentul autodistructiv (altul decât cel suicidar). În funcţie de aceşti itemi, riscul suicidar a fost de 3,9% (un pacient).

Frecvenţa suicidului precum şi a tentativelor suicidare în tulburarea de panică se coroborează cu creşterea utilizării substanţelor psihoactive,



Scanned with OKEN Scanner

"apelul" frecvent la serviciile de urgență pentru probleme emoționale de diferite tipuri, precum şi printr-o scădere generală a "calității vieții", care se apreciază prin: abuzul de alcool şi/sau alte droguri, timpul petrecut cu prietenii şi rudele, timpul petrecut la activități sociale sau hobby-uri, "funcționalitatea" maritală şi dependența financiară. Scăderea semnificativă a calității vieții determină o demoralizare şi o lipsă de speranță accentuată a acestor pacienți, care în acel moment prezintă riscul maxim suicidar.

Studiilor viitoare le revine rolul de a determina condițiile precise în care un pacient cu tulburare de panică prezintă cel mai mare risc suicidar.

## PSIHOPROFILAXIA NARCO- ŞI TOXICOMANIILOR ÎN COPILĂRIE ŞI ADOLESCENȚĂ

Dr. A. PLEŞCO, Dr. lu. BERGHI
Spitalul Clinic Psihiatric "Coştiugeni" Chişinău

Apelarea noastră la problema marco- şi toxicomaniilor, care în rând cu alcoolismul, sunt realitatea crudă a contemporaneității, este dictată de actualitate în societatea noastră. Cu toate că noi rămânem în urmă față de Occident în privința amplorii şi acuității fenomenului menționat cu 1-2 faze, a câte 5 ani fiecare (11), răspândirea narco- şi toxicomaniilor are tendințe comune:

- creşterea numărului consumatorilor episodici (8; 6; 4);
- debutul precoce al folosirii stupefiantelor (grupa adolescenților de 12-14 ani, iar uneori şi mai tineri) (7; 1; 10);
- îmbogățirea "sortimentului" substanțelor narcotice din rândurile celor mai puțin costisitoare şi accesibile (antiparkinsoniene, tranchilizante, preparate cardio-vasculare, produse chimice de uz casnic ş.a.), care se folosesc în forma inițială sau după o oarecare prelucrare chimică (2; 3; 9; ş.a.);
- devin mai frecvente cazurile polinarcomaniilor, politoxicomaniilor, formelor mixte (combinare a narcoticelor cu substanțele toxice şi de asemenea cu alcoolul) (5).

O deosebită îngrijorare provoacă tendința "întineririi" narco- şi toxicomaniilor din cauză că asupra organismului tânăr preparatele psihoactive acționează mai distrugător, dependența se dezvoltă mai repede, degradarea personalității nematurizate este mai rapidă.

În fond noi suntem în fața primejdiei de a pierde viitorul - generația tânără, pe care ne bazăm speranța înnoirii, restructurării şi dezvoltării



Scanned with OKEN Scanner

ulterioare a societății noastre. Conform statisticii oficiale, în fosta Uniune Sovietică erau în evidență mai mult de 50 mii de narcomani, din care făceau parte peste 2 mii de adolescenți. În evidența suplimetară (consumare episodică fără dependență) peste 130 mii, din care 15 mii de adolescenți.

În anul 1995 în evidență la Dispeceratul Republican de Narcologie din Chișinău erau în evidență activă 1.124 narcomani (bărbați - 963, femei - 161), 44 toxicomani (bărbați - 31, femei - 13). În evidență suplimetară (consumare episodică fără dependență) erau 485 (bărbați - 433, femei - 52) consumatori de narcotice și 84 (bărbați - 46, femei - 38) consumatori de substanțe toxice. În total în evidență au fost 1.737 persoane (bărbați - 1.473, femei - 264).

Luând în considerație structura imperfectă a măsurilor profilactice, imposibilitatea înregistrării precise și de asemenea tendințele enumerate mai sus, considerăm că aceasta este numai partea superficială a icebergului, iar cifrele adevărate sunt mai mari (minim de 10 ori), opinie împărtășită de un șir de autori străini (3).

Cercetările noastre (anchetare anonimă în rândul elevilor școlilor profesionale tehnice, școlilor medii tehnice și claselor superioare ale școlii medii) au depistat că, practic nu sunt clase și grupe absolut intacte și că fiecare, minimum 2-3 elevi au testat deja acțiunea stupefiantelor. După un calcul simplu am obținut o cifră medie și destul de îngrozitoare - 10-12% din elevi au avut contact cu diferite droguri psihoactive.

Analiza literaturii de specialitate ne permite să tragem concluzii în privința premiselor de dezvoltare a narco- și toxicomaniilor la diferite nivele de organizare a individului: molecular, genetic, hormonal (neurofiziologic), psihic, psihologic și social. Astfel apariția și dezvoltarea narco- și toxicomaniilor este rezultatul interacțiunii sinergice a exo- și endogeniilor. Examinarea clinico-psihologică și analiza retrospectivă a foilor de observație în grupa de narcomani, pe lângă diferite tulburări psihopatologice (de la disfuncția cerebrală minoră până la stigmate grave organice, accentuarea unor trăsături de personalitate ș.a.m.d.) din antecedente, a evidențiat următoarele momente favorizante și declanșatoare în apariția și dezvoltarea narco- și toxicomaniilor la adolescenți:

- insuficiența educației familiale, educația anormală în familie;
- absența orientării corecte (pozitive);
- microclimat social negativ și psihotraumatizant.

Compararea cu rezultatele investigării adolescenților consumatori episodici ai stupefiantelor ne-a permis să constatăm corelația ridicată interpopulațională (narcomani și consumatori episodici) a momentelor sus amintite. Totuși, factorii enumerați își manifestă acțiunea mai ușor la



Scanned with OKEN Scanner

contextul unui fundal premorbid stigmatizat sau bolnav. De aceea, concomitent cu redresarea climatului social, luând în considerație eficacitatea redusă a măsurilor cu caracter medical de extincție a dependenței şi procentajul înalt de recidive, cea mai acceptabilă este profilaxia primară ce include:

- lupta cu beția, alcoolismul şi narcomania celor maturi - părinți actuali şi viitori;
- prevenirea naşterii copiilor handicapați psihic;
- diagnosticul aberațiilor la copii deja născuți şi o atenție deosebită în perioada formării personalității lor;
- luarea în evidență şi munca permanentă cu adolescenții care fac parte din "grupa de risc" (cei predispuşi şi cei care episodic folosesc stupefiante) prin metode de corecție medicală, psihologică şi pedagogică;
- familiarizarea educatorilor, învățătorilor, părinților şi altor contingente care participă la educația generației tinere, cu succesele psihologiei şi psihiatriei adolescentine.

**Bibliografie**


1. *Evans G.A.*: Drug Taking in Adilescents, Scot.med. J., 1971, 16, 8, 369-373
2. *Gross G., Huber G., Schlich D.*: Aktuelle Aspecte des Drogenmiss brauchs ingendlicher, Dtsch. med. Wschr., 1972, 97, 2, 29-34
3. *Hindmarch I.*: The Patern of Drug Abuse Among Schoolchildren, Bull.Narcot., 1972, 24, 3, 23-26
4. *Holberg M.B.*: Longitudinal Studies of Drug Abuse in Fifteen Zearold Population, Acta Psychiatr.Scand., 1985, 71, N 3, 207-210
5. *Kryspin - Exner K.*: Politoxicomanie bei Ingendlichen, Pharmacopsyhiatrie (Stuttg), 1970, 3, 2, 116-122
6. *Mizner G.L., Barter J.T., Werme P.H.*: Paterns of Drug Use Amoung College Studentsa: A Preliminary Report-Amer. J. Psychiat., 1970, 127, 1, 15
7. *Olivenstein C.S.*: Problemes nouveax de toxicomanies nouvelles, Inform Psyhiat., 1970, 46, 3, 265-268
8. *Robbins E.S., Robbins L., Frosch W.A., Stern M.*: College Student Drug Use, Amer. J. Psychiat., 1970, 126, 12, 1743-1751
9. *Shapiro R.D.*: Alcohol Talacco and Illicit Drug Use Among Adolescents. Int. J. Addict.,1975, 10, N 3, 387-390
10. *Shohan S.G., Geva N., Kliger D., Chai T.*: Drug Abuse Amound Israel South: Epidemiological Pilot Study, Bull.Narcot., 1974, 26, 2, 9-28
11. *Smirnov V.E.*: Marcomania - unac beda, Moscwa. 1989


## DETERMINISMUL COMPORTAMENTULUI INFRACȚIONAL


Dr. MAGDA LUCHIAN, Dr. FLAVIA ONOFRAŞI, Dr. N. COSMOVICI
Spitalul Universitar de Psihiatrie "Socola" Iaşi


Cercetătorii implicați în desfăşurarea fenomenului infracțional sunt interesați în primul rând de explicarea cauzală a acestuia, de explicarea



Scanned with OKEN Scanner

factorilor determinanți, deoarece concepțiile şi teoriile elaborate au un puternic rol reglator asupra diferitelor componente ale sistemului legal dar mai ales, asupra tipurilor de acrivități corecționale şi a celor profilactice.

Chiar dacă ponderile nu sunt aceleaşi în cadrul diferitelor statistici, infractorii aparțin tuturor categoriilor privind întreaga paletă a variabilelor: vârstă, sex, pregătirea socio-profesională, pregătire culturală, aptitudini intelectuale, tipul caracteriologic - temperamentul, rol - status economic, social etc.

Implicarea unei persoane într-o infracțiune pune în discuție în primul rând comportamentul persoanei respective. Comportamentul reprezintă expresia manifestărilor exterioare ale personalității, fiind o ***activitate complexă determinată bio-psiho-social, prin care persoana îşi reglementează relațiile sale cu mediul*** (*P.Brânzei*). Acest din urmă aspect aduce în discuție problema adaptării. Relația complexă asimilare/adaptare are o mare valoare în înțelegerea comportamentului şi a integrării adaptive a persoanei în realitate (*J.Piaget*). Adaptarea apare ca o atitudine a Eu-lui față de real. Această ***acceptare a realului*** de către Eu, este rezultatul unei ***ajustări*** a unui acord; într-o primă etapă, printr-un mecanism reflexiv, Eu-ul asimilează realul, iar într-o a doua etapă, proiectivă, Eu-ul se adaptează la real.

Având un caracter atitudinal, de acceptare sau de respingere a realului, comportamentul implică o latură axiologică, procesul de adaptare desfăşurându-se din punct de vedere psiho-social după criterii de selecție valorică.

Analizând comportamentul unui individ trebuie să luăm în discuție: acțiunea exercitată reflexiv de influența realului asupra individului; mecanismul motivațional propriu al persoanei; realizarea proiectivă a unei situații sau valori ideale care să reproducă realitatea.

Din punct de vedere dinamic se pot identifica trei câmpuri ale personalității, legate de procesul comportamentului:

- câmpul motivațional, reprezentat prin motive şi mobiluri;
- câmpul atitudinal sau zona discernământului, reprezentat prin deliberare, proces de cenzură conştient al Eu-lui, de autosancționare a propriilor sale acte de comportament;
- câmpul volițional, reprezentat prin decizie şi acțiune

Dacă între ideal şi real apare o situație conflictuală, de necorespondență, se instalează un dezechilibru al valorilor sociale, o stare anomică, care este sursa morbiginezei, având ca efect dezadaptarea socială a persoanei, alienarea acesteia.

După *C.Enăchescu*, factorii reglatori ai comportamentului sunt de două feluri:



Scanned with OKEN Scanner

a) **factorii represivi**, care urmăresc conservarea şi apărarea integrității personalității umane, realizarea unor acțiuni normale, lipsite de nocivitate pentru individ sau comunitatea umană din care acesta face parte. Aceşti factori sunt: conştiința proprie, educația morală, nivelul cultural ridicat, intelectul normal dezvoltat, spirit altruist, o bună integrare a individului în comunitate, sănătate mintală optimă, acceptarea acțiunii normelor social-juridice de comportament.

b) **factorii eliberatori**, care favorizează apariția unor comportamente de tip deviant,morbid sau antisocial, cu efecte negative asupra integrității psihologice a personalității individului, cât şi asupra grupului comunitar căruia îi aparține, manifestate prin dezordini sau acte antisociale. Aceşti factori sunt: carențele educaționale, frustrările afective, nedezvoltarea intelectuală, incultura, medii familiale tensionale, conflictuale sau dezorganizate, crize de dezvoltare (pubertate, adolescență), slăbirea coeziunii şi a influenței comunității asupra individului, consumul de droguri, tulburări mintale, influențe negative şi imitația unor alte conduite deviante, antecedente medico-legale sau judiciare.

Cercetările cu privire la comportamentul infracțional s-a concretizat de-a lungul anilor, în diferite teorii explicative.

***Teoriile biologice*** susțin, că anumite anomalii sau disfuncții fiziologice constituie factori determinanți ai comportamentului infracțional; au existat apoi studii în vederea evidențierii unei anomalii cromozomiale considerată drept posibilă cauză a comportamentului antisocial şi criminal.

***Teoriile constituționale*** stabilesc o relație între tipul fizic, temperament şi comportament.

***Teoriile sociologice***, deşi foarte variate, au un punct comun: conflictul cultural este cauza principală a infracțiunii.

***Teoriile economice*** încearcă să stabilească o legătură între infracțiune, condițiile economice şi condițiile generale de viață.

***Teoriile psiho-sociale*** accentuează asupra achizițiilor rezultate în procesul interacțiunii şi învățării psiho-sociale şi sociale ca fiind principalele explicații, cauze ale comportamentului deviant. Una din cele mai reprezentative şi mai interesante teorii aparține lui *A.Bandura* care consideră că trăsăturile de personalitate, printre care şi agresivitatea pot fi învățate privind la alții (imitarea) şi văzând ce fel de recompensă şi pedepse primesc aceştia pentru acțiunile lor (modelarea). În cadrul învățării comportamentului infracțional, accentul se pune pe calitatea negativă a mediului şcolar, stradal, a grupului de anturaj intim, a vieții de familie (climat conjugal tensionat, stări de conflict de confruntare între unii membri ai familiei, manifestări de dominanță şi egoism, manifestări



Scanned with OKEN Scanner

antisociale şi diverse comportamente aberante venite de la părinți sau frați mai mari etc.).

Din perspectiva ***teoriilor socio-genetice*** *P.Popescu-Neveanu* descrie o agresivitate secundară determinată social (insatisfacții personale, carențe afective, blazare, devalorizare, modele din subculturi delictuale, educație negativă care se poate manifesta prin reacții hetero- sau autoagresive).

***Teoriile psihologice*** pun accentul în special pe caracteristice persoanei, pe structura şi factorii componenți ai personalității, pe rezultatele învățării şi interacțiunii sociale, ca fiind drept principale cauze ale comportamentului infracțional.

*Harold Lindner* susține că actul infracțional apare atunci când motivațiile predispozante sunt ***aprinse*** de factorii (ambientali) precipitanți. În aceste condiții, comportamentul infracțional este o încercare a individului de a se relaxa prin rezolvarea tensiunii interne şi restabilirea echilibrului inițial. Motivele predispozante ar include: dorința excesivă după anume feluri de gratificații (bani, sex etc), o ostilitate exagerată față de orice persoană care refuză vreun fel de gratificație, o teamă excesivă de a părea slab şi insuficient de bărbat etc.

Prevalența unor trăsături psihice în particularizarea personalității infractorului a inspirat şi alte viziuni care au pus accent pe impulsivitate, agresivitate, indiferență afectivă, agocentrism, tendință de opoziție şi scepticism.

*Jean Pinatel* consideră că în comportamentul infracțional "**trecerea la act**" constituie **elementul decisiv**. Condițiile trecerii la act sunt comandate de un nucleu al personalității ale cărei componente sunt: egocentrismul, labilitatea, agresivitatea şi indiferența afectivă. Nucleul personalității deviante ar fi o structură dinamică a componentelor amintite, dintre care nici una în sine nu este anormală. Jean Pinatel pune un accent deosebit asupra faptului că nucleul personalității deviante nu este un dat, ci o rezultantă, "**un sistem de referință, o construcție abstractă care se substituie unei realități subiective**". Subliniind apoi că personalitatea este inseparabilă nu numai de organism dar şi de mediu, Pinatel constată importanța studierii personalității în situație.

Agresivitatea ca "trecere la act", reprezintă o consecință a unor tulburări bio-psiho-socio-culturale cu efect dezinhibitoriu asupra impulsurilor violente şi abolirea sau diminuarea controlului conştient şi adecvat asupra propriului comportament.

După metafizica lui Aristotel, ***actul*** se corelează dialectic cu posibilitatea, având pe de o parte înțelesul de trecerea de la posibil la real, iar pe de altă parte desemnând starea finală a acestui proces.



Scanned with OKEN Scanner

Această posibilitate se referă la disponibilitățile virtuale de devenire ale unei realități. În cazul individului care comite o infracțiune, aceste disponibilități ar putea fi exprimate prin următorii parametri: nivel cultural şi de instruire, echilibru emoțional afectiv, control conştient şi voluntar asupra propriului comportament, nivelul adaptabilității sociale şi a aspirațiilor, imaginea şi stima de sine, spiritul de sine, spiritul de competiție, echilibrul eşec-succes în satisfacerea nevoilor etc.

Accepțiunea modernă a agresivității acordă o importanță deosebită socio-genezei, subliniind relația de implicare a individului în raport cu ceilalți.

În modelul neurobiologic, comportamentele agresive reprezintă exteriorizări ale unor stări de afect, mai mult sau mai puțin elaborate, exteriorizări în care sunt implicate în grade diferite şi celelalte funcții ale psihismului.

Teoriile analitice constau în afirmarea eşecului, în ceea ce priveşte controlul efectiv al Eu-lui şi Super-eului datorat greşelilor timpurii în formarea copilului sau neglijării parentale, pe de altă parte, comportamentul deviant este considerat a fi o metodă simptomatică de abordare a problemei bazale a adaptării şi anume, apărarea împotriva anxietății.

Din modelul psihanalist reținem:

- opinia lui *Adler*, care consideră agresivitatea ca o apariție general-umană, o pulsiune ce urmăreşte depăşirea propriilor sentimente de inferioritate şi dorința de putere;

- teoria frustrației elaborată de *W.Scott* şi *J.Dollard* (teoria reactivă, 1933) care, preluând o idee a lui *Freud*, consideră agresivitatea ca rezultat al blocării din exterior sau al frustrării, care împiedică pulsiunea vitală de a-şi realiza scopul.

Echilibrul aproximativ al satisfacțiilor rămâne relativ stabil atâta timp cât sănătatea este bună, atâta timp cât vitalitatea solicitată în diferite maniere de mediul rămâne orientată către consum, atâta timp cât nu survine nici un şoc emotiv profund care să-i atingă ființa în valorile şi obiceiurile afective, intelectuale şi sociale care se repetă zi de zi realizând şi confirmând fără încetare persoana sa.

Când constelația satisfacțiilor este limitată sau alterată se manifestă stări reacționale mai mult sau mai puțin grave, toate nevoile nesatisfăcute şi toate sensibilizările şi deviațiile provocate de particularitățile biografiei şi educației fiind reactivate.

Uneori individul, ca urmare a insuficiențelor senzoro-motorii, afective şi intelectuale congenitale sau achiziționate nu poate dezvolta o activitate suficient structurată pentru ca exercițiu conduitelor diferențiale şi variate să comporte în el însuşi satisfacții. Există într-adevăr o anume



Scanned with OKEN Scanner

plăcere în repetarea comportamentelor bine adaptate; ele permit ființei să trăiască capacitățile, posibilitățile achiziționate şi pe moment ele satisfac nevoia de afirmare. Alteori, mediul împiedică individul să atingă această rutină de satisfacții, care constituie un echilibru, ceea ce duce la exacerbarea anumitor nevoi compensatorii persoana rămânând însă orientată către satisfacția refuzată, incompletă sau dificil de realizat.

Observația asupra cazurilor prezentate în cadrul comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică relevă "stări intermediare" între normal şi patologic de ordin transcultural şi stările limită, care corespund unor personalități cu o structură de tip dizarmonic, prin existența unor elemente morbigenetice endogene legate în special de anumite trăsături caracteriale cu tendință psihopatologică şi potențial volutiv în acest sens.

În analiza cazurilor cu dezvoltare dizarmonică a personalității, deseori prin criteriul etiopatogenic este greu de segregat factorialitatea heredogenetică, înnăscută, de cea dobândită, psihoreactivă (psihogenetică). De aceea, în intervenția medicală (examen clinic, tratament, recuperare) suntem orientați de analiza atât a factorilor predispozanți cât şi a celor relaționali, de ambianță, stabilind raportul lor de participare (dominanță, sinergie) în vederea alegerii celor mai potrivile măsuri de asistență.

Vulnerabilitatea, predispoziția sau trăsăturile înnăscute acționează prin imaturizări sau dezvoltări inegale ale unor funcții psihice, care în condiții specifice de mediu se exprimă prin modalități variate de devianță comportamentală. Ceea ce defineşte şi în acelaşi timp diferențiază personalitatea infractorului de alte personalități, constă în ansamblul, caracterul permanent, intensitatea şi dinamica trăsăturilor care formează structura dizarmonică.

Structura dizarmonică se caracterizează prin: tensiuni emotive, inițiative şi acțiuni contradictorii care decurg din dificultatea permanentă a unei integrări în relațiile obişnuite de viață şi activitate. Această dificultate de integrare priveşte cadrul familial, relațiile de grup caracteristice oricărei etape de viață. Modalitățile sale de exprimare cuprind, datorită unor funcții de cunoaştere normal dezvoltate, tendința de justificare şi explicații plauzibile dar cu un conținut de imaginație vie, mitomanii, confabulații, susceptibilitate crescută, reacții explozive, impulsive, psihoplasticitate cu instabilitatea conduitei.

O altă trăsătură distinctă este aprecierea deformată a propriei persoane în relația față de sine, ambianță şi realitate; minimalizarea până la anulare a valorii celorlalți.

Impulsivitatea, scăderea capacității de frânare a reacțiilor instinctivo - emoționale, agravate deseori de alcoolism şi alte toxicomanii



Scanned with OKEN Scanner

generează violența, diverse forme de impact, delincvența şi autoagresiunea (automutilarea, tentativa de suicid).

Aceste câteva repere în urmărirea mecanismelor de determinare, formare şi acțiune a comportamentului infracțional reprezintă doar o perspectivă teoretică, ce nu poate substitui însă analiza psihologică bazată pe tehnici şi metode adecvate fiecărui caz în parte.

## DEBUT MEDICO-LEGAL ÎN SCHIZOFRENIE - CAZ CLINIC

Dr. D. COLCERIU(1), Prim procuror militar I. POP(2)
(1) - Spitalul Militar Oradea; (2) - Parchetul Militar Oradea

Tragismul relatării poate îmbrăca narator stilul evenimentului din faptul divers gazetăresc, dar analiza ştiințifică impune căutarea, pentru a găsi chiar - *de ce , unde, când şi cum* - melodia armoniei psihismului s-a frânt brusc, iar stihiile malefice dintr-un suflet rupt au izbucnit nestăvilit, ucigând irațional semenul.

La interval de două luni după ce a fost încorporat, militarul S.M. în vârstă de douăzeci de ani, absolvent a zece clase, prezintă discrete ciudățenii comportamentale, atitudini contestatare puerile, după care pleacă neînvoit din garnizoană, hoinăreşte în aceeaşi localitate, doarme pe casa scărilor la un bloc de locuințe, cu un tren de marfă şi pe jos vine la Oradea la o mătuşă, unde după trezirea din somn o atacă prin surprindere lovindu-i capul cu o sticlă de apă minerală, apoi cu un cuțit de bucătărie îi provoacă treizeci de plăgi înțepate - tăiate penetrante - generatoare a decesului; a împins cadavrul sub o canapea pe care a luat loc pentru a servi masa pregătită de mătuşă - astfel fiind găsit de către fiul victimei şi comandantul subunității din care făcea parte asasinul.

Autopsia a consemnat cauzalitatea morții ca fiind şocul hemoragic acut consecutiv hemotoracelui bilateral prin rănile multiple pulmonare datorate heteroagresiunii.

Expertizat fiind medico-legal psihiatric - anamneza nu a relevat antecedente heredo-colaterale sau personale patologice semnificative. Examenul psihologic a decelat nivelul intelectual inferior al subiectului (QI=83), deficit de relație interpersonală, rigiditate caracterială, personalitate premordială introvertă cu tendințe schizoid-paranoiace semnificativ crescute. Testul Szondi relevă: Eu inhibat, tendințe simultane antagoniste de trebuințe pulsionale, ambivalență, dorință de putere, refularea aspirațiilor spre tandrețe, deficit de integrare socială, impulsivitate de amplitudine clastică a actului criminal.



Scanned with OKEN Scanner

În cadrul examenului psihic recunoaşte fapta săvârşită, colaborează binevoitor, lucid, neagă tulburări de percepție, nu regretă cele înfăptuite motivând că a vrut să obțină apartamentul mătuşii sale ... ar mai dori să procedeze la fel cu un bun prieten de al său, descriind o gamă relativ largă a claviaturii ideației de persecuție. EEG nu a reliefat grafoelemente de tip lezional sau iritativ. Concluziile diagnostice: debut medico-legal a unui proces discordant la un intelect liminar; cu pierderea discernământului, clasarea ca inapt pentru serviciul militar şi scoatere din evidență.

Actul ca infracțiune de omor deosebit de grav nu a fost considerat acțiune penală consecutiv stării de iresponsabilitate, boala limitându-i libertatea de opțiune pentru a înțelege cu discernământ fapta comisă, iar în momentul săvârşirii heteroagresivității neavând voința normală şi necesară pentru oprirea impulsului maladiv incomprehensibil şi de nestăvilit.

Procuratura Bihor a dispus scoaterea de sub urmărire penală cu adoptarea măsurilor de internare medicală provizorie la Spitalul de psihiatrie cu regim special din oraşul Ştei, solicitându-se şi luarea măsurilor de siguranță conform art. 112 lit. "b" şi 114 c.p.

La decizia medico-militară s-a hotărât menționarea cauzalității bolii ca fiind datorată serviciului militar, nu pentru că armata ar fi schizofrenogenă, ci ca protecție socială ulterioară pentru cel victimă fiind a destinului imprevizibil.

Fiu al unei mame hiperprotectoare şi al unui tată alcoolic, structură elementară vulnerabilă într-o lume cu amprentă anomică, locuitor al județului Harghita până la încorporare, schizotim cu slabă speranță de realizare socio-profesională şi familială prin fragilitatea certitudinilor socio-economice inducându-i rezistența oscilantă la situații de criză a fost obligat să adopte statutul de militar. Impactul fermității de comandă cu limitarea angoasantă a mediului segregat, standardizat, aglomerat şi autoritar redimensionează formulele existenței prin raporturile instituționale strict reglementate, teoretic singurele posibile, datorită structurării piramidale cu standarde de performanță stimulatorii sau inhibitive ale competiției prin scala sistemuui de status-roluri.

Pe acest palier al neliniştii negăsirii de sine explozia delirantă incomprehensibilă cu omor irațional s-a evitat capcana ispitei de a adapta procustian realitatea la exigențele modelului nostru cultural, de sancționare ca act antisocial a bolii de fapt.

Homicidul este rar întâlnit în debutul procesului discordant exprimând violențe nejustificate prin distorsionare completă globală cu ruperea comunicării individului de lumea reală printr-o criză nemotivată, dramatică şi nefastă, ermetismul deschizând poarta spre schizofrenie.



Scanned with OKEN Scanner

Responsabilitatea juridică fiind o caracteristică fundamentală a personalității mature normale psihic, discernământul nu poate fi atestat în cazul absenței vinovăției la momentul comiterii actului heteroantivital, iar asocialitatea psihotică neputând fi corectată prin sancțiuni juridice necesită ajutor medical şi măsuri de siguranță.

Iresponsabilitatea cruzimii ca bufeu apărut trăznet pe un cer senin - atât de aparent, o conferă alături de lipsa criticii cu impermeabilizare pentru valorile acceptate - ininteligibilitatea, bizarul mobilului, absurdul întâmplării.

Contestările ulterioare ale deciziilor ca diagnostic medical şi gândire juridică solicitându-se opțiunea legii talionului nu au fost confirmate de factorul timp ca justificate, reamintindu-ne şi citându-l pe Henry Ey: "*Schizofrenia nu este evidentă la debut, ci la sfârşitul evoluției*".

## DEBUT MEDICO-LEGAL MONOSIMPTOMATIC AL UNEI SCHIZOFRENII CU TRIPLU HOMICID

Dr. A.VERESS(1), Dr. G.RÉDAI(1), Dr. A.DORGÓ(1),
Dr. MARIA TODEA(1), Dr. Gh.PAINA(2)
(1) - Spitalul Județean Miercurea Ciuc; (2) - Spitalul Județean Zalău

Schizofrania, ca o psihoză gravă, o disociație intrapsihică, se poate caracteriza prin cele **6 "A"**: **a**bulie, **a**sociații anormale, **a**fectivitate inversată, **a**mbivalență a judecăților, **a**utism şi **a**nhedonie. Este deseori precedată de o caracteropatie schizoidă, cu o viață psihică introvertită, rece, izolată, opozantă, în final instalându-se ambivalența şi autismul. Unele stări de anhedonie şi antisocialitate au fost etichetate de unii autori drept *schizofren-like*. În sindroamele discordante întâlnim *trăiri psihice contradictorii*, reprezentate de dorința de atracție şi repulsie, de rigorizitate şi laxitate, de dragoste şi ură, opoziție între trăirile lăuntrice şi manifestările lor externe, între brutalitatea faptelor şi răceala afectivă față de ele, între o anxietate şi o indiferență pozată, între negativism şi agresivitate. Toate acestea ca o expresie a ambivalenței psihice acompaniată de bizarerii, detaşare psihică şi o impenetrabilitate accentuată.

Schizofrenia poate prezenta deseori o fază de debut medico-legal cu impulsivitate şi violență nejustificată, intempestivă, cu pulsiuni sexuale aberante şi nestăpânite sau cu un negativism care frizează catatonia. În debut, cât şi în stare, bolnavul va prezenta o permanentă ostilitate cu un apragmatism şi bizarerii compotamentale şi faptice, motivate prin trăirile



Scanned with OKEN Scanner

delirante. În cazul acestor violențe, bolnavul proiectează delirul asupra altor persoane, deseori apropiații lui, care vor figura în mintea lui ca persoanele vinovate de otrăvirea sau persecutarea lui. Își va disimula cu abilitate delirul până ce va realiza actul de violență, motivat prin nevoia de a scăpa de dușmanii săi imaginari. Va pregăti cu minuțiozitate actul, îl va motiva patologic, delirant, şi nu părăseşte locul faptei, fiind găsit de obicei lângă victimă, mulțumit că a scăpat de dușmanul său. Comite actul într-un mod feroce, inafectiv, fără emoții sau regrete.

După această succintă introducere teoretică a problemei, simțind pe şira spinării încă şi acum fiorul celor întâmplate cu 6 ani în urmă, permiteți-mi să relateze de fapt esența lucrării noastre. Vă veți da seama împreună cu mine, că uneori viața întrece învățăturile cele mai incredibile ale manualelor noastre.

Bolnavul a fost depistat pe data de **6 ianuarie 1992,** după ce şi-a omorât mătuşa cu un cuțit, vărul lui scăpând de aceeaşi soartă doar prin faptul că a sosit acasă împreună cu un ofițer de la unitatea militară unde bolnavul îşi efectua serviciul militar, şi de unde, de fapt dezertase cu câteva zile înainte.

Cu ocazia expertizei medico-legale psihiatrice, s-au developat următoarele antecedente patognomonice ale actului homicidiar comis:

**I. Comportament antefaptic:**

**- în 1989 o tentativă suicidară medicamentoasă**, nedeclarată de către familie la timpul respectiv. Ingerase 30 tb. de Diazepam, pe motivul că, nu-i plăcea viața şi era depresiv. Constatare retroactivă la expertiză: "*act suicidar comis mai mult cu caracter demonstrativ la un adolescent cu personalitate imatură în curs de structurare disarmonică de tip schizoid*".

- la scurt timp după aceasta **a forțat granița**, fiind prins şi retrimis în sânul familiei. Fiind minor, a scăpat fără măsuri coercitive. Familia nu a considerat necesară o investigare medicală.

**- iulie 1990** - este împiedicat în omorârea unui băiat, pe care vroia să-l ucidă pe motiv că a râs de el. Poliția a găsit asupra lui cuțitul crimei planificate, i-a luat o declarație şi l-a trimis acasă, pentru a fi supravegheat de părinți.

**- tot în aceeaşi lună** este împiedicat în omorârea unei fete, care nu i-a dat atenția cuvenită. După luarea unui declarații, de la poliție este din nou trimis acasă. *Nici într-un caz nu s-a solicitat o investigare medicală.*

**- 7 decembrie 1990** - în plină zi, pe o stradă cu circulație intensă încercă să ucidă două gemene cu o rangă metalică, dar ele scapă doar cu câteva lovituri, făptaşul părăsind locul faptei la apariția unor trecători ocazionali. A scăpat neindentificat.



Scanned with OKEN Scanner

**II. Comportament faptic:**

**- 12 decembrie 1990** - prin folosirea unei chei care se potrivea la locuința gemenelor, intră în camera lor, ucigându-le cu cruzime rece, printr-o serie de lovituri de cuțit. Una din victime decedează după prima lovitură de cuțit, a doua se apără, dar este dominată de bolnav. După ce a constatat decesul lor, le-a aşezat în formă de cruce, una peste cealaltă, acoperindu-le cu plapuma.

**III. Comportament postfaptic**:

A şters urmele de sânge de pe victime şi de pe podea, s-a spălat, s-a uitat pe vizor dacă nu este cineva afară, plecând liniştit la gospodăria părinților de la marginea oraşului, unde şi-a ars ghetele pline de sânge, ascunzând mănuşile şi cuțitul folosite la omorârea gemenelor. În pofida demarării unei anchete vaste, a scăpat neindentificat, reluându-şi serviciul pe care l-a părăsit cu câteva luni în urmă, aflând de numele victimelor doar din ziare. Nu s-a mai reîntors la locul faptei, nu a participat la înmormântare.

- **în 1991** a eşuat tentativa de omorâre a unui prieten de-al lui din Braşov, prin nereuşita intrării în apartament. I s-a părut că acel prieten nu-l agrea.

- **ianuarie 1992** - dezertează din unitatea militară, se duce la mătuşa lui din Oradea, pe care o omoară cu mai multe lovituri de cuțit, dorind să-l ucidă şi pe fiul acesteia, vărul lui primar, ca să obțină locuința lor.

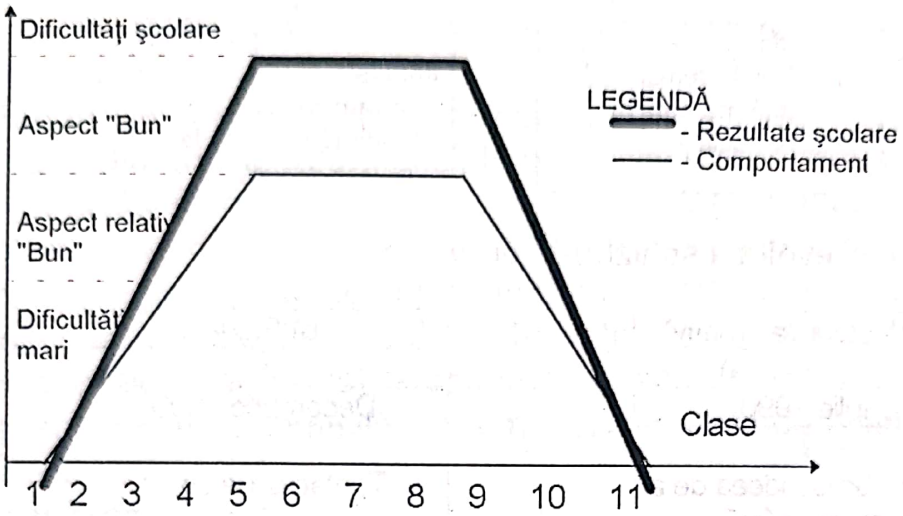
**Observații generale psihiatrico-judiciare**

Bolnavul SFM ca singurul copil al părinților, provenea dintr-o familie mai retrasă, fără o mobilitate socială deosebită. Traseul existențial al pacientului evidenția tulburări de adaptare şcolară însoțite de un compartament de opoziție, ce la un moment dat a necesitat tratament spitalicesc la o secție de psihiatrie, pe care însă bolnavul l-a refuzat, pe motiv că el nu este "nebun". Mai târziu a avut o evoluție benefică până în clasa a V-a, cu platou de "bine" atât pe coordonata rezultatelor şcolare, cât şi pe cea comportamentală până în clasa a X-a. Adolescența i-a fost marcată de probleme comportamentale inițial fără o semnificație deosebită, ca apoi insidios să apară trăsături ce au condus la suspicionarea posibilității unei dezvoltări disarmonice de nucleu de tip predominant schizoid, caracterizat prin tendință spre izolare, inadaptare socială la nivel micro şi macrogrup, o dispoziție sumbră cu descărcări impulsive neadecvate situației şi preocupări bizare. Din clasa a X-a tulburările comportamentale s-au accentuat ca, în clasa a XI-a să apară un dezinteres total față de şcoală, manifestat prin abandonarea cursurilor, şi exmatricularea lui disciplinară (vezi graficul nr.1).



Scanned with OKEN Scanner

Graficul nr.1:




Din vara anului 1990 au apărut ca pregnante izolarea şi retragerea lui socială, cu dificultăţi marcate în activitate şi manifestări afective inadecvate.

Întreaga cursă existenţială, debutul şi evoluţia în cei 2 ani comportă şi aprecieri specifice atât din punct de vedere psihopatologic, cât şi criminologic (vezi tabelul 1 şi graficele 2-4).

1. Evoluţia comportamentului până la abandonul şcolar

| 1975 - clasa întâi | Clasa a IV-a | Clasa V - VIII |
|---|---|---|
| Dificultăţi şcolare de adaptare | Ameliorare progresivă mai ales pe linia rezultatelor şcolare | Adaptabilitate relativă. Rezultate şcolare bune. Preadolescenţă |
| **Clasa a IX-a** | **Clasa a X-a** | **Clasa a XI- a** |
| Modificări semnificative psihopatologice Adolescenţă | Deficit şcolar, absenteisme Apar trăsături schizoide (aspect particular în limitele largi ale normalului) | Abandon şcolar Tendinţă de izolare |

2. Comportament deviant (1989-1990), (17-18 ani)

| a) Dec.1989-Ian.1990 | b) Mai -vara 1989 | c) Toamna 1989 |
|---|---|---|
| Comportament clastic accidental | - forţarea graniţei<br>- tentativă suicidară<br>- suspiciune<br>- personalitate disarmonică | Absenteism şcolar Trăsături schizoide |



Scanned with OKEN Scanner

**d) Febr.-Apr. 1989**

- abandon şcolar
- impulsiv în familie
- tendinţă marcată la izolare socială

**e) Iulie 1990**

- comportament impulsiv în familie
- tendinţă marcată la izolare socială

## 3. Debutul şi evoluţia schizofreniei

**a) Nesigur (afirmativ)**

Iulie 1990

Apare brusc ideea de a omorî o fată

Nu sunt exprimate modificări faţă de 2/c

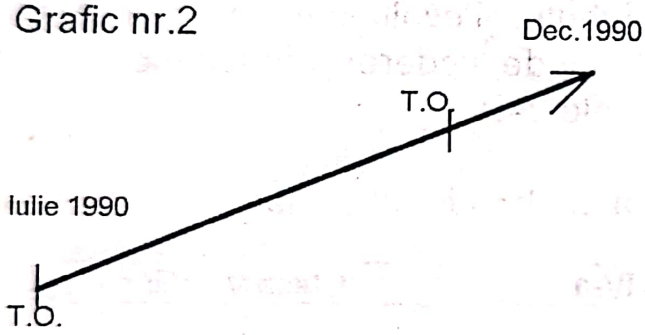
**b) Sigur**

Decembrie 1990

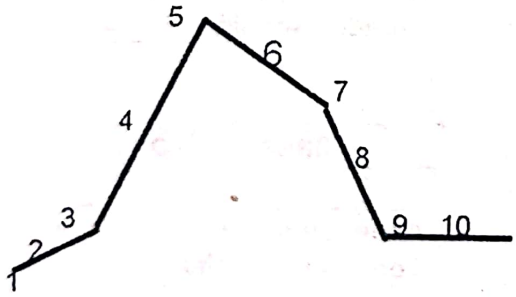
Tentativă de omor

Debutul medico-legal al schizofreniei (primul acces psihotic)

Grafic nr.2



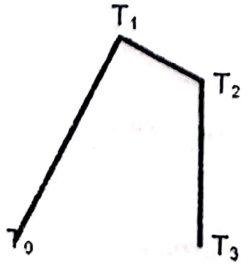

Graficul nr.3




Omorârea gemenelor

1.- Iulie 1990
2.- Se acumulează "nevoia" de a omorâ
3. T.O. = insatisfacţie
4. Nevoie imperioasă de a omorâ
5. Decesul primei fete
6. Agonia celei de a II-a fete - liniştire
7. Controlul "deceselor"
8. Satisfacţie; părăsirea casei
9. Acalmie - fără modificări clinic manifeste
10. Perioada dec.1990 - Iulie 1991

Graficul nr.4




**Corespondenţa stării psihice cu intensitatea loviturilor**

$T_0$ - Intrarea în apartament
$T_0$ -$T_1$ - Creşterea progresivă a intensităţii loviturilor
$T_1$ - Începutul agoniei fetelor . Lipsa apărării din partea lor
$T_1$ - $T_2$ - Scăderea progresivă a intensităţii loviturilor
$T_2$ - Stare de satisfacţie
$T_2$ - $T_3$ - Ştergerea urmelor
$T_3$ - Părăsirea apartamentului - Liniştit



Scanned with OKEN Scanner

**Examenul psihologic efectuat în timpul investigărilor medicale**

I.Q. = 86, pe scala Wechster (inteligență inferioară).

Chestionarul "W-M" a evidențiat în planul personalității manifeste valori pentru tendințe antisociale (260 puncte față de 120), valori conturate pentru tendințe schizoide (240 față de 120), instabiliatate psihică (208 față de 120), tendințe paranoiace (180 față de 120).

Profilul pulsional (Szondy) al personalității profunde releva în sfera vieții afective, dilemă etică şi tendință de a se ascunde. Eu inhibat, cu supratensiunea tendinței spre negare, luptă contra ambivalenței şi inflației. În sfera vieții sexuale: o tranziție de la real la ireal. Eventuală predispoziție pentru relațiile sadomasochiste. În vectorul contactual s-a relevat o legătură infantilă cu lumea exterioară, dominată de principiul plăcerii.

**Discutarea cazului**

Conduita heteroagresivă apare la bolnav ca incomprehensibilă, inprevizibilă, impenetrabilă, efectuată cu cruzime, supusă doar unei tensiuni interioare covârşitoare, față de care omorul a apărut ca singura modalitate de eliberare, de a obține mulțumirea. Numai aparent omorul gemenelor are caracter psihopatic. Cruzimea, aberația motivațională, caracterul patologic (exemplificat prin diverse elemente, ca aşezarea fetelor în cruce, zăbovirea inutilă în apartamentul lor, etapele premergătoare de pregătire etc.) fiind evident, se remarcă la al 2-lea omor insuficiența atât a pregătirii cât şi a măsurilor ulterioare de precauție, singura sa preocupare fiind "necesitatea" de a-şi omorî vărul. Conştiința a fost clară, dar avea o personalitate disociată cu pierderea trăirii continuității. Reperele temporale şi ale orientării alopsihice au fost uneori şterse în raport cu relația real/imaginar. Indiferent de concepția de abordare nosologică de încadrare criteriologică şi sindromologică, tabloul psihopatologic a condus la fixarea diagnosticului pozitiv de schizofranie cu debut medico-legal. Indiferet de faptul că acceptăm sau nu concepția de schizofrenie prodromală sau de debuturi ciclice, prima exprimare clinică a fost de aspect medico-legal. În sensul larg al definirii debutului medico-legal, debut ce a avut loc în decembrie 1990, sau poate chiar, extizând criteriul de definire, în vara anului 1989. Evoluția longitudinală a confirmat dg. de schizofrenie, cu un prognostic rezervat, datorită vârstei de debut, fondului clar al conştiinței, trăsăturilor premorbide, a absenței factorilor precipitanți, a modalității de debut şi a caracteristicilor heteroagresivității.

După omorârea fetelor s-a simțit bine, fericit că a reuşit să le omoare. A făcut diferența între o satisfacție neobişnuită după un act sexual şi cea obținută după omorul dublu.



Scanned with OKEN Scanner

Comportamentul calm, uneori până la tolerare a tuturor victimelor a exclus condiționarea victimologică a faptelor.

La data săvârşirii faptelor, datorită transformării psihotice disociative a personalității sale, discernământul față de faptă a fost abolit, între afecțiunea lui şi infracțiunea comisă fiind o legătură cauzală directă.

**Concluzii**

Pieriseră trei vieți din cauza unui debut medico-legal a unei psihoze disociative.

**TOTUŞI, SE IMPUNE ÎNTREBAREA**: dacă semnele premonitorii ar fi fost receptate cu sensibilitatea şi previziunea necesară cu ocazia celor 2 tentative de omor depistate de organele de poliție, făptaşul, supunându-se obligator unor investigații medicale şi psihologice, n-ar fi existat şansa supraviețuirii celor trei?

## ASPECTE MEDICO-LEGALE ÎNTÂLNITE ÎN PSIHOPATOLOGIA FEMININĂ

Dr. V.VLĂDUȚ, Dr. Gh. OROS, Dr. C. BARNA
Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea

În practica psihiatrică de confruntăm uneori cu soluționarea unor cazuri care au săvârşit acte medico-legale.

În expertiza medico-legală psihiatrică se aplică norme ale dreptului penal, dreptului civil, adminitrativ, al familiei sau dreptului muncii.

Examinarea medico-legală psihiatrică vine în sprijinul justiției în elucidarea cazurilor prin constatarea unor stări psihopatologice care pot modifica discernământul celui în cauză sau în alte cazuri atestă sănătatea mintală în materie civilă.

Sarcina principală a expertizei este de a aprecia discernământul şi tulburările de conştință ale persoanei examinate, de a stabili dacă fapta săvârşită este consecința unei afecțiuni psihice şi în ce măsură cel examinat poate aprecia consecințele faptelor sale.

Expertiza medico-legală psihiatrică constă din: examenul clinic psihiatric (anamneza şi hetero-anamneza), examenul psihologic, examene de laborator (biochimie, EEG, radiografia craniană etc), ancheta socială.

În demersul nostru ştiințific am investigat un lot de 50 persoane de sex feminin, internate în Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea, între anii 1992 - 1995 cărora li s-au efectuat expertize medico-legale psihiatrice.

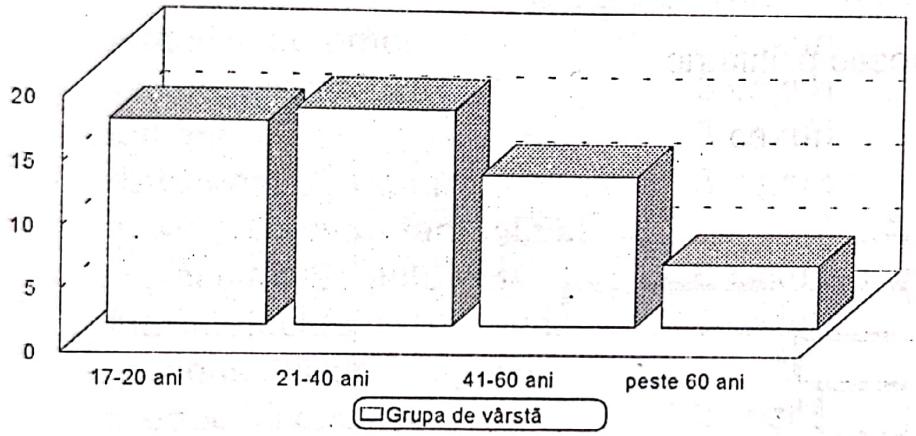


Scanned with OKEN Scanner

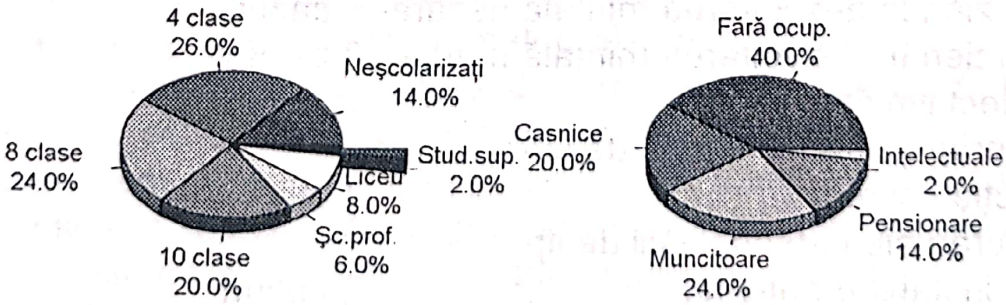
În cazul lotului studiat am cercetat următorii parametri: vârsta (Grafic nr.1), mediul, pregătirea şcolară şi ocupaţia (Grafic nr.2), starea civilă (Grafic nr.3), diagnosticul psihiatric (Grafic nr.4), acte antisociale, concluziile expertizei cu precizarea discernământului şi anumite recomandări.

Anamneza ne-a permis cunoaşterea unor date privind vârsta, mediul, pregătirea şcolară, profesia, starea civilă.

Grafic nr.1: Repartizarea lotului pe grupe de vârste

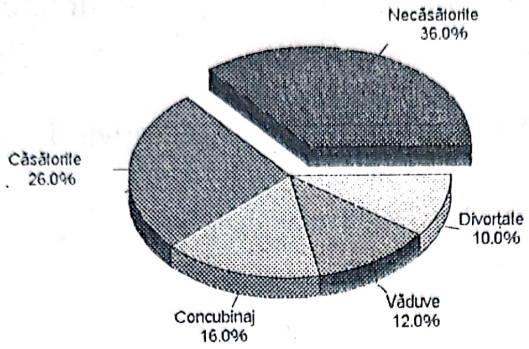



Graficul nr.2: Pregătirea profesională şi ocupaţia

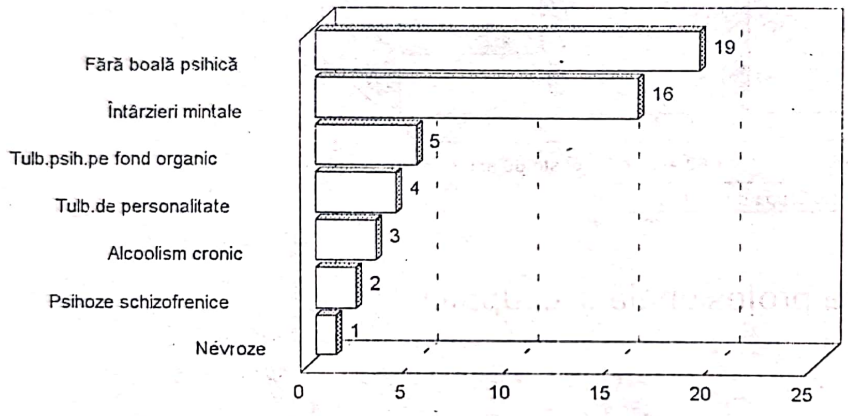



Scanned with OKEN Scanner

Graficul nr.3: Starea civilă:




Graficul nr.4: Diagnostic psihiatric




În urma examinărilor clinice şi paraclinice s-au stabilit următoarele entități nosologice:

- întârzieri în dezvoltarea mintală uşoară- 6 cazuri
- întârzieri în dezvoltarea mintală medie - 3 cazuri
- intelect liminal - 7 cazuri
- tulburări nevrotice legate de stress
- reacție nevrotică - 1 caz
- tulburări ale personalității de tip instabil-emoțional - 3 cazuri
- tulburări ale personalității de tip histrionic - 1 caz
- schizofrenie - 2 cazuri
- tulburări psihice organice
  - demențe Alzheimer - 1 caz
  - comițialitate - 1 caz
  - arterioscleroză cerebrală



Scanned with OKEN Scanner

| | |
|---|---|
| cu deteriorare | - 3 cazuri |
| - fără boală psihică | - 19 cazuri |

La un număr de 10 paciente expertizate am întâlnit internări anterioare în spitale de specialitate.

Cazurile luate în studiu au prezentat o serie de acte antisociale sau au fost implicate în alte fapte de natură medico-legală psihiatrică:

| | |
|---|---|
| - furt din avutul personal | 13 cazuri |
| - furt din avutul public | 4 cazuri |
| - omucidere | 7 cazuri |
| | (din care 2 pruncucidere) |
| - tentative de omor | 2 cazuri |
| - victime ale violului | 3 cazuri |
| - tâlhărie | 3 cazuri |
| - distrugere de bunuri | 3 cazuri |
| - tulburări comportamentale şi dificultăți de autoîngrijire | 6 cazuri |
| - fals intelectual şi uz de fals | 2 cazuri |
| - responsabilitatea îngrijirii şi educării copiilor | 2 cazuri |
| - trafic de influență | 2 cazuri |
| - nerespectarea hotărârii judecătoreşti | 1 caz |
| - braconaj | 1 caz |
| - exhibiționism şi proferarea de expresii triviale | 1 caz. |

În studiul nostru, urmărind corelația dintre entitatea nosologică şi faptele comise, se desprind următaorele constatări:

- în comiterea de fapte de gravitate redusă (furt, tulburări de comportament şi dificultăți de autoîngrijire, fals intelectual şi uz de fals (sunt implicate cazuri din grupa întârzierilor mintale (10 cazuri), pe când în comiterea faptelor de o gravitate crescută (omucideri, tentative de omor, distrugere de bunuri) sunt implicate cazurile cu tulburări de personalitate (2 cazuri), etilism cronic (2 cazuri);
- se constată deasemenea faptul că un număr relativ crescut dintre persoanele expertizate sunt fără boală psihică (19 cazuri);
- la cei expertizați, comisia medico-legală psihiatrică apreciază discernământul alterat la 9 cazuri, diminuat la 1 caz, marea majoritate având discernământul păstrat.



Scanned with OKEN Scanner

Față de pacientele cu discernământul alterat comisia propune punerea sub interdicție la 6 cazuri şi aplicarea măsurilor de siguranță conform art.114 C.P., la 3 cazuri.

## ASPECTE ŞI PROBLEME ACTUALE DE PSIHIATRIE SOCIALĂ ALE URGENȚELOR PSIHIATRICE LA NIVELUL UNEI SECȚII DE PSIHIATRIE

Dr.C.POSTELNICU, Dr.M.T.LAUDAT, Dr. NICOLETA CARTAŞ
Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iaşi

Problema urgențelor în psihiatrie a făcut în România obiectul a unor preocupări de anvergură sub forma unor studii de referință "*în teren*" legat de asistență şi epidemiologia lor (N.N*eicu*, 1970; Lidia Nica-Udangiu, 1979). În literatura de specialitate din ultimele decenii au apărut deasemeni lucrări de referință în problema atât pentru psihiatri (*V.Predescu, St.Nica-Udangiu, Lidia Nica-Udangiu*, 1983) cât şi pentru medicii de medicină generală şi din cadrul altor specialități (*A.Nicolau, St.Nica, Lidia Udangiu*, 1971; *Lidia Nica- Udangiu, St.Nica-Udangiu*, 1979; *M. Lăzărescu*, 1982 *P.Brânzei*, 1985).

În conceptul umanist al medicinii româneşti urgențele psihiatrice au fost şi sunt privite în cadrul legislației țării noastre ca beneficiind de acelaşi regim de asistență medicală ca şi celelalte boli şi diversele situații provocate de accidente (*P.Brânzei*, 1985). Legea sanitară nr. 3/1978 stipulează ca asistența medicală de urgență se acordă "*de toate unitățile sanitare, permanent la orice oră din zi sau noapte, indiferent de domiciliul persoanei*".

În prezent pentru multe unități sanitare problematica urgențelor psihiatrice rămâne pe primul plan al activităților, solicitând, poate mai mult decât în trecutul apropiat, nu atât o abordare de tip tehnic curativist, cât una într-un concept mai larg de cunoaştere a factorilor socio-culturali (antropologi) ai acestui fenomen de tot mai evidentă acuitate şi actualitate medicală şi socială.

De-a lungul anilor în Centrul psihiatric din Iaşi s-a încetățenit un punct de vedere în privința urgențelor psihiatrice, fundamentat pe câteva elemente de referință subliniate şi sistematizate cu pregnanță de *P.Brânzei*, 1985, în următoarele elemente de principiu :

- psihiatria comportă o semnificație deosebită în practica medicală, psihiatrului revenindu-i adesea rolul de îndrumător şi arbitru social în activitățile de asistență privind persoanele cu tulburări psihice;



Scanned with OKEN Scanner

- în practica medicinii generale creşterea sensibilă ca frecvenţă şi pondere a morbidităţii prin boli mintale a impus elaborarea şi lansarea unei orientări psihiatrice către cât mai multe acţiuni şi activităţi în sfera acesteia. O asemenea situaţie a fost şi este favorizată de progresele evidente care s-au produs în ultimele decnii în terapeutica bolilor psihice şi succesele înregistrate de aceasta;
- orice urgenţă psihiatrică se transpune în modificarea comportamentlui bolnavilor care poate varia de la agitaţie şi agresivitate până la apatie sau stupor, pleiomorfismul tulburărilor psihice fiind un element constant întâlnit în asistenţa urgenţelor psihiatrice;
- sindromatica psihiatrică reprezintă adeseori o simptomatologie de faţadă indusă prin consens viscero-umoral ca spre exemplu :
    - intoxicaţii predominant endogene;
    - intoxicaţii de natură exogenă;
    - infecţii cu evoluţie acută sau cronică inoperante, fapt care impune o abordare interdisciplinară a multora din bolnavii care ajung la psihiatru;
- comportamentele aberante trebuie corectate prompt simptomatic şi pe cât se poate etiopatogenic. Medicul care vine de regulă primul în contact cu orice bolnav în stare de suferinţă psihică acută trebuie să se gândească şi să se orienteze pe cât posibil - şi la un diagnostic etipatogenic. Acesta poate rezulta atât din examenul clinic imediat cât şi din chestionarea anturajului;
- o atitudine de urgenţă în cadrul psihiatriei contemporane impun nu numai "*crizele*" clasice (bufee, paroxisme, accese), ci şi "*stările reactive*" cu aspect nevrotic sau psihotic, care nu implică totuşi o gravitate vitală imediată;
- în faţa urgenţelor psiatrice medicul trebuie să dea dovadă de suplete, în sensul că după cum nu trebuie să reţină toţi bolnavii, nu este recomandabil să-i expedieze pe toţi după formula : "*nebunul la azil, nevroticul la sex-shop, psihoticul la închisoare*" (*A.Gorceix*);
- în "*psihiatria operaţională*" urgenţele trebuie să ia în considerare şi tipul de serviciu în care lucrează medicul căruia îi revine sarcina să rezolve o urgenţă psihiatrică: circumscripţie sanitară, policlinică, laboratorul de sănătate mintală, spitalul de zi (sau de noapte), secţie de psihiatrie de spitalul de medicină generală sau serviciul de recepţie al unui mare spital de psihiatrie.

Legat de acest ultim punct de vedere luat în consideraţie de *P.Brânzei*, 1985 apreciem că urgenţele psihiatrice trebuie studiate, evaluate, cunoscute şi aşa cum se prezintă ele la nivelul asistenţei lor efective, în sectorul cel mai calificat pentru asistenţa lor de specialitate,



Scanned with OKEN Scanner

adică în activitatea cotidiană a secțiilor de psihiatrie pentru bolnavii psihici acuți.

În conformitate cu acest considerent s-au studiat internările în regim de urgență psihiatrică de la un pavilion de admisie pentru asistența bolnavilor psihici acuți, bărbați, de la Spitalul Universitar de Psihiatrie "Socola" Iași în perioada 01.01.1995 - 31.12.1995. La bolnavii în cauză eticheta de urgență psihiatrică a fost stabilită la serviciul de recepție al Spitalului Socola de echipa de medici de gardă după conceptul doctrinal și operațional sus-amintit. Subliniem faptul că încă de la început la fiecare caz în parte s-a avut în vefere că în atari situații psihiatrul a rămas pentru mulți pacienți "*suprema speranță*", iar psihiatria "*ultima șansă, ultimul refugiu în fața violenței, disperării, abandonului, morții*" (*V.Predescu, St.Nica-Udangiu, Lidia Nica-Udangiu*, 1983).

În perioada sus-amintită, la nivelul respectivului pavilion, la un număr total de 2305 ieșiri urgențele psihiatrice au reprezentat 1205 cazuri, adică 52,27%. Din aceasta rezultă ca o primă concluzie faptul că noțiunea de urgență psihiatrică a fost utilizată și acceptată de medicii care au efectuat internările într-o viziune mai amplă și mai extinsă decât cea prevăzută în instrucțiunile oficiale în uz, confirmându-se și în acest domeniu aserțiunea lui *Diatkine* ca "*nu numai forma, ci chiar existența urgenței psihiatrice depinde de persoanele și instituțiile care mediază cererea bolnavului*".

În cercetarea noastră "*mediatorii*" urgențelor psihiatrice, adică factorii care au solicitat internarea în spital a subiecților luați în studiu au fost : - pacienții înșiși din propria lor inițiativă 27,38%
- rețeaua teritorială de psihiatrie(cabinete, L.S.M., etc. 8,79%
- instituțiile abilitate pentru asistența de urgență (serviciile de abulanță) 22,82%
- alți factori comunitari (poliție, gardieni publici, etc.) 40,99%

Distribuția după proveniența din rural/urban indică o pondere nesemnificativă 54,94% a persoanelor din mediul urban, față de 45,06% a celor din mediul rural.

Potrivit datelor obținute de la subiecți sau aparținenți statuttul familial al celor internați a prezentat următoarea situație:

- căsătoriți 47,30%
- necăsătoriți 39,08%
- divorțați 11,70%
- văduvi 1,90%

Încadrarea în momentul internării în diverse statute social-profesionale a avut următoarea configurație :

- salariați cu contract de muncă permanent 22,98%
- fără încadrare în câmpul muncii 32,28%



Scanned with OKEN Scanner

- şomeri 10,70%
- pensionari 23,15%
- agricultori 4,97%
- intelectuali 5,89%

Profilul nozografic al internărilor în regim de urgență psihiatrică a fost reprezentat de următoarele categorii operaționale :

- beții alcoolice voluntare 10,37%
- tulburări psihotice de natură alcoolică 7,21%
- etilism cronic cu manifestări discomportamentale 23,23%
- schizofrenii 20,24%
- tulburări afective 9,37%
- oligofrenii 6,05%
- psihopații 5,97%
- epilepsii 4,73%
- tulburări psihice de factură demențială 2,48%
- tulburări nevrotice 7,63%
- alte afecțiuni 2,65%.

O mare unitate spitalicească precum Spitalul Socola nu are în prezent, şi nu a avut nici în trecut, secții (compartimente) special nominalizate pentru asistența cazurilor de urgență psihiatrică. Acestea sunt internate aproape în exclusivitate în cele 4 mari pavilioane (secții) de admisie, singura diferențiere admisă în atari situații fiind aceea legată de sex şi de disponibilitățile de spitalizare ale respectivelor secții. O asemenea soluție organizatorică este criticabilă din multe pucte de vedere, dar în realitățile concrete actuale ale asistenței psihiatrice din mun. Iaşi şi a profilului morbidității psihiatrice din zonă nu are alte alternative care să poată fi susținute cu argumente pertinente şi realiste.

La nivelul respectivei secții, în perioada sus-amintită, mortalitatea a fost la totalul ieşirilor de 0,73%, iar la ansamblul urgențelor psihiatrice de 1,41%.

Analiza concretă a modalității de efectuare a fiecărei internări în parte, cât şi în raport de categoriile statistice sus-amintite, obligă a se face următoarele observații de semnificație socio-culturală şi management al asistenței psihiatrice privind aspectul real, adeseori nedeclarat, al acestor internări în regim de urgență psihiatrică.

Mulți factori interesați (familiile, bolnavii înşişi, diverse oficialități şi autorități, etc.) cunoscând sau intuind servitutile şi slăbiciunile juridic-administrative şi medicale ale noțiunii şi situației concrete de urgență psihiatrică suprasolicitată, uneori de o factură abuzivă, unitățile de psihiatrie cu solicitări de internări sub o asemenea etichetă. În acest sens către secțiile de psihiatrie cu profil de asistență supravegheată sunt trimise pentru internare persoane etichetate ca având tulburări psihice, în



Scanned with OKEN Scanner

fapt persoane indezirabile din cauza comportamentului lor atât în familie, instituții cu profil de asistență socială (cămine de bătrâni, cămine-spital), spitale de medicină generală, spitale de specialitate (pneumoftiziologie, secții de bolnavi cronici) cât chiar şi în instituții de psihiatrie profilate pentru o cazuistică diferențiată pentru succese terapeutice rapide şi evidente. În observațiile noastre multe cazuri care sunt de resortul exclusiv al asistenței instituțiilor pendinte şi nominalizate în cadrul Secretariatului de Stat pentru Handicapați din cauza refuzului inspectoratelor teritoriale pentru handicapați de a fi preluate prompt şi adecvat pentru o asistență instituționalizată adecvată sunt orientate către rețeaua de psihiatrie ca urgențe psihiatrice. Către spitalele de psihiatrie ajung deasemeni persoane eliberate din penitenciare, din arestul organelor de poliție sau aflate sub urmărire penală. Din observațiile noastre rezultă ca foarte numeroase asemenea persoane sunt indivizi cu antecedente psihiatrice şi lipsa oricăror disponibilități reale de inserție sociofamilială şi profesională.

Actualmente pentru multe secții de psihiatrie o problemă tot mai acută o reprezintă bolnavii psihici vagabonzi, copiii străzii, bolnavii psihici plecați prin țară fără aviz medical din diverse instituții în care sunt asistați în regim de bolnavi cronici sau cu evoluție prelungită, idem bolnavii aflați sub incidența măsurilor de siguranță prevăzute de art.114 c.pen.

Diverse organisme comunitare şi oficiale cunosc faptul că **spitalul de psihiatrie** este un **locus minoris rezistențiae** pentru situații de genul celor mai sus prezentate ca argumente ca o necesitatea prezervării ordinii publice de indivizi cu tulburări psihice este o situație care nu poate rămâne fără răspuns adecvat. În această situație urgentă psihiatrică capătă dimensiuni **nu** atât de **urgență medicală**, **cât** de **urgență medico-socială**, **urgență medico-administrativă**, adeseori de urgență **eminamente socială**.

Tot sub incriminarea de urgență psihiatrică sunt internate deasemeni persoanele rejectate de aparținătorii lor, îndeosebi alcoolicii discomportamentali şi schizofrenii stabilizați cu stări defective discomportamentale. Nu trebuie uitat faptul că pentru multe asemenea persoane lipsite de orice inserție socio-familială, adeseori dominate de comportamente hospitalomanice, spitalul de psihiatrie rămâne unica modalitate de prezervare a existenței lor fizice.

În observațiile noastre devine tot mai semnificativă ponderea persoanelor cu un statut de marginalizare socială în solicitarea de prestații cu etichetă de urgență psihiatrică. Această constatare pune tot mai acut problematica competenței şi limitelor psihiatriei în asemenea situații, capacitatea şi incapacitatea psihiatrului de a se angaja într-un cadru profesional pentru a rezolva asemenea solicitări. Din constatările



Scanned with OKEN Scanner

noastre rezultă că aceste persoane extrem de vulnerabile, adevărate urgențe de intervenție socială pe planul trăirilor lor personale și condiției lor exitențiale, pot genera oricând situații imprevizibil și de derapaj către veritabile urgențe medico-psihiatrice.

Creșterea îngrijorătoare a infracționalității în societatea contemporană a creat un procent însemnat de solicitanți de asistență psihiatrică atât din partea victimizanților cât și a victimelor, de multe ori sub eticheta imperativă de urgență psihiatrică. Din constatările noastre reiese că după circa 3-7 zile de la internare în asemenea cazuri se poate avea în general o imagine destul de corectă privind situația medico-psihiatrică, medico-legală și juridică a acestor persoane. Semnalăm în atari cazuri "*urgențe de dramatizare*", "*urgențe de alinare*", dar și situații cu implcații medico-psihiatrice majore.

Legislația și doctrina oficială a asistenței sanitare în țara noastră susține și menține în uz principiul teritorializării. În cazul multor bolnavi psihici, dar mai ales al celor lipsiți de absorbție socio-familială, acest principiu devine inoperant în fața presiunii pacienților, autorităților sau a diverșilor factori conjuncturali. La un punct terminus a numeroase trenuri precum este municipiul Iași acced bolnavi psihici plecați la voia întâmplării din zone îndepărtate și diverse (Banat, Maramureș, Crișana, Dobrogea, București, etc.). Numai identificarea lor impune adeseori perioade de spitalizare de mai multe luni. Găsirea unor soluții pertinente și adecvate în cazul acestor bolnavi impun eforturi organizatorice adeseori insurmontabile pentru posibilitățile unei unități obișnuite de psihiatrie, mai ales ca mulți dintre aceşti bolnavi datorită comportamentului lor anterior sunt doriți de localnici a fi cât mai departe de locul lor de domiciliu sau cazare în instituții de profil adecvat.

În regim de urgență psihiatrică anumite categorii ale populației solicită cu vehemență și agresivitate internări pentru diverși bolnavi psihici invocând pretinsa sau reala lor periculozitate. Semnalăm că în acest sens se exercită presiuni diverse asupra diferitelor autorități și mai ales asupra organelor sanitare, dar de regulă se ezită sau se refuză conformarea la prevederile legislației în vigoare în acest domeniu, Decretul 313/1980. În constatările noastre prevederile în vigoare privind internarea în spital a bolnavilor psihici periculoși-Decretul 313/1980; Ordinul 545/1981 Ministerul Sănătății-implică prea mulți factori, escamotează esențialul, obligă la laborioase operațiuni birocratice. O cercetare cu multă atenție a textului acestor acte normative indică absența oricăror referințe la concursul și obligațiile organelor ordinei publice și în special ale poliției. Neavând nici o atribuțiune în acest sens stipulează expres prin lege, cunoscând riscurile invocării și utilizarii prevederilor art. 28 din sus numitul decret ("*Internarea unei persoane ca*



Scanned with OKEN Scanner

*bolnav psihic periculos, instituirea sau men'inerea tratamentului medical obligatoriu fără respectarea dispozițiilor prezentului decret atrag după caz, răspunderea materială, civilă, disciplinară sau plenară*"), este normal ca asemenea organe să se desisteze de la atari acțiuni şi să indice ca fiind abilitate o acțiune în acest domeniu exclusiv rețeaua sanitară. Este demn de a semnalat că acest act normativ stipulează ca în cazul în care un bolnav psihic periculos părăseşte fără autorizare medicală unitatea sanitară în care se află intrnat, el va fi readus în această unitate prin grija organelor sanitare, iar la nevoie şi cu sprijinul consiliilor locale prin comisiile pentru învățământ, sănătate şi cultură ale acestora, sau al unor persoane delegate în acest scop.

Din datele noastre rezultă că urgențele medico-psihiatrice au un conținut mult mai complex decât apare la prima vedere. Ele au un indubitabil conținut medical dar şi conotații şi implicații sociale, juridice, comunitare, administrative, etice, disciplinare, etc. În pofida acestei situații dincolo de existența unor puncte de vedere doctrinare diverse, a unor reglementări oficiale mai mult sau mai puțin imperfecte, a unor aspecte socio-economice tot mai apăsătoare ele obligă la un proces permanent de preluare empatică a asistenței bolnavilor psihici. Nu putem decât să ne raliem şi să susținem în continuare în pofida dificultăților semnalate mai sus punctul de vedere al psihiatrilor români ca "*atitudine moralizatoare, de respingere sau punitivă este greşită, de vreme ce bolnavul trebuie să găsească în medic un "**ajutor**" şi nu un "**acuzator**"*.

## ASPECTE ALE VIOLENȚEI CONJUGALE LA CUPLURILE NEVROTICE ÎN JUDEȚUL BIHOR

Dr. ADRIANA BELBA(1), Lector univ. ADRIANA BABAN(2)
(1) - Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea
(2) - Institutul Psihologic Cluj-Napoca

Constituția României prevede protecția individului conform articolului 22:

1.- garantarea dreptului de a trăi şi a dreptului la integritate fizică şi psihică

2.- protecția oricărei persoane împotriva torturii, pedepsire inumană.

Realitățile dovedesc că statutul femeii cunoaşte o involuție confruntându-se cu consecințe grave ale discriminărilor şi practicilor violente.



Scanned with OKEN Scanner

Comportamentul marital al consorților este reglat de normele și valorile acceptate de cuplul din interior. Ca ființă socială însă omul este responsabil (juridic, politic, moral) pentru acțiunile sale în fața comunității.

Civilizația actuală bazată pe concurență și agresivitate este terenul pe care se dezvoltă personalitățile heterodevoratoare. Este indicat în lupta concurențială să-ți vatămi competitorul.

Toate instituțiile, tradițiile, moravurile, obiceiurile noastre sprijină poziția privilegiată a bărbatului de superioritate față de femeie. Prejudecățile referitoare la inferioritatea femeii determină tensiuni și violențe în cuplu.

Cercetarea noastră își propune analizarea extinderii fenomenului de violență familială la unele persoane cu stări psihopatologice nevrotice, în județul Bihor, pe diferite categorii socio-profesionale și de vârstă. În acest sens au fost investigați 120 de subiecți, cu un chestionar ce vizează aspecte specifice ale violenței. Pentru obținerea unor aspecte calitative de profunzime s-a utilizat și interviul semistructurat.

După evaluarea datelor, rezultatele au dus la constatarea faptului că: - fenomenul violenței domestice în familiile cu soți nevrotici este de actualitate în județul Bihor, iar mecanismele de apărare împotriva lui sunt deficitare

- violența în familie îmbracă forme diverse, de la agresiune fizică (lovire, rănire etc.), sexuală, hărțuire, psihologică (insulte, amenințări, comportament disprețuitor)

- există inhibiții cu privire la apărarea propriei poziții din partea femeilor

- mass media contribuie la generarea fenomenului violenței împotriva femeii datorită caracterului contagios al exemplului și tentației imitării

- Codul Penal are în vedere protejarea victimelor violenței conjugale, dar legislația față de violența asupra femeii este liberală

- noua lege a divorțului nu vine în sprijinul femeilor care solicită divorț prin abuz conjugal

- sunt necesare măsuri pentru ca femeile care au fost victime ale violenței și unde e nevoie și copii lor, să beneficieze de o asistență specializată, recuperare medicală și socială.

Scanned with OKEN Scanner

# CRIMINALITATEA CA FENOMEN PSIHOPATOLOGIC

Prof. Dr. RÂNDAŞU STELIAN
Clinica Psihiatrică Cluj-Napoca

Practica medico-judiciară demonstrează existența mai multor varietăți de homicid. In linii generale, şi din punct de vedere al responsabilității penale, distingem un aşa zis homicid "*iresponsabil*" comis de subiecți psihotici (alienați) şi cel comis de indivizi psihic aparent normali, deci responsabili. Existența şi gravitatea homicidului la aliénați nu este pusă la îndoială de nimeni si nu vom insisita asupra ei.

In schimb,dorim să menționăm, că raportat la numărul total al crimelor şi criminalilor descoperiți, psihoticii reprezintă un procent modest. Ne rămâne prin excludere, un număr apreciabil de crime săvârşite de indivizi aparent normali, deci responsabili. In această categorie se pune însă problema dacă într-adevăr toți criminalii au discernamântul păstrat, dacă sunt normali. Şi, dacă, există realmente o libertate umană, crima poate fi considerată ca modalitate - e drept rară - normală de expresie a acestei libertăți?

Cercetările şi statisticile efectuate în numeroase țări, arată că bolnavii mintali internați sau cunoscuți ca atare, constituie o minoritate, în raport cu numărul mult mai mare de bolnavi aşa-zişi "*marginali*" cu simptome sărace, subclinice, puțin expresive, "*dizolvați*" în masa populației generale.

Intre starea de alienare patentă, francă şi zona normalității - a omului normal - natura a creat o infinitate de stări intermediare, de "*intermedieri*". Există în lume o mulțime de nevropați refulați, de complexăți, debili mintali şi morali, psihopați de toate "*culorile*", dizarmonici structurali, etichetați altădată de *Grasset* ca "*seminebuni*" şi "*semiresponsabili*", care prin manifestările lor psihice îmbracă veştmântul delincvenței şi al crimei. Mulți asemenea dezecilibrați trec prin față tribunalelor pentru cele mai variate delicte, de la cele mai simple, până la cele mai grave şi oribile. Furturile, falsurile, escrocheriile, abuzul de încredere, violențele şi violul cu sau fără perversiuni, etc. sunt modalitățile curente de exprimare a comportamentului aberant. Caracteristica acestor psihopați constă, tocmai în anomaliile instinctivo-afective şi morale, ce le sunt proprii, diminuându-le considerabil capacitatea adaptivă şi conviețuirea normală în societate.

Psihiatria clasică i-a cunoscut, numindu-i "*degenerați mintali*", pe unii din ei "*degenerați superiori*" pentru a sublinia o presupusă decădere din statutul condiției umane (*Morel, Magnan*, etc.). structura psihologică a acestor bolnavi este extrem de prolixă, în ea se coagulează dorinți bizare, impulsiuni, obsesii, pervertiri ale simțului moral si sexual, ce pot -



Scanned with OKEN Scanner

adesea "*exploda*" neaşteptat şi aparent neexplicabil în comportamente profund antisociale.

Clinica cunoaşte o serie întreagă de astfel de "*manii*", de stări impulsive, adesea simptomatice ca piromania, dromomania, cleptomania şi multe altele. După unii psihiatri, există şi o obsesie - impulsie spre suicid, independentă de orice tulburare mintală aparentă.

In sfera instinctelor sexuale pervertite, sadismul este adesea o cauză a homicidului. Plăcerea legată de actul uciderii este cunoscut de multă vreme. In: "*Uomo delincvente*", *Cesare Lombroso*, evidenţiază - alături de alţi psihiatri - legătura dintre voluptate şi cruzime, fapt neobservat în regnul animal. Zoologii - pentru a da numai un exemplu- au evidenţiat comportamentul sadic al femelei de Mantis religiosa (călugarița), care în timpul acuplării îşi devorează masculul. De altfel, se pare că din punct de vedere filogenetic, cruzimea este anterioară milei, ea fiind necesară în lupta pentru existenţă, pentru supravieţuire. La specia umană, istoria oferă numeroase exemple, începând din antichitate, cu împăraţi ca Nero, Caligula, Tiberius, etc. cunoscuţi pentru cruzimea şi depravarea lor. Mai târziu în Evul Mediu, Mareşalul Gilles de Rays a fost o astfel de figura de tristă faimă, iar în secolul nostru, celebrele cazuri ale unui Menesclou, Leger, Verzeni, etc. care se pierd în masa sadicilor anonimi, dar cărora, unele circumstanţe ca războiul, câmpurile concentraţionare, lagărele de prizonieri, etc. le dau frâu liber instinctelor sadic agresive refulate. *Henry Damaye*, mentionează că aceşti sadici, în primul război mondial, au fost folosiţi ca "*curăţitori de tranşee*". Inarmaţi cu cuţite de măcelărie, ucideau răniţii aflaţi în tranşee. *Sultoniu* a dat sugestive descripţii despre orgiile săvârşite de împăraţii Nero şi Caracalla. In Franţa anului 1440 este executat monseniorul Gilles de Rays pentru violurile şi asasinatele comise aupra copiilor, timp de mai bine de 8 ani. Bilanţul acestor crime se ridică după unii istoriografi la cifra de 800 copii ucişi şi apoi incineraţi. Se spune că a păstrat - ca amintire - câteva capete, pe cele mai frumoase.

O altă categorie de indivizi, care trăiesc relativ satisfăcător înseraţi în societate, sunt debilii mintali şi morali. Aceştia "*ajutaţi*" sau nu de alcool, alteori de un uşor dezechilibru mintal furnizează un număr apreciabil de delincvenţi şi criminali. Lipsa tonalităţii afective corespunzătoare situaţiei, sugestibilitatea crescută, impulsivitatea, diminuarea simţului moral, raţionamentele false, inadecvate realităţii, îi împing adesea , mai ales în stări de afect puternic, la acte criminale. Ei, îşi dau seama că au comis o faptă reprobabilă, un delict, dar nu sesizează semnificaţia răului comis în toată gravitatea lui şi nici nu resimt vreun regret. Desigur, în faţa justiţiei, majoritatea dintre ei, răspund penal. De reţinut că antecedentele familiale ale acestor indivizi sunt din



Scanned with OKEN Scanner

punct de vedere patologic sugestive. Ele relevă existența bolilor mintale, alcoolismul şi psihopatia, acestea constituind regula şi demonstrând astfel o ereditate încărcată (grevată).

Este, deci clar, că în afara criminalilor psihotici, există o categorie de criminali marginal psihotici, psihopați şi debili mintali, care - adesea - datorită manifestărilor morbide relativ constante, dar de mică "*suprafață*" şi relevanță, trec neobservați de marele public care-i consideră normali. Crima, de abia săvârşită, dezvăluie anormalitatea, fragilitatea lor etica şi morală, incapacitatea de adaptare socială. Problema, este cu deosebire interesantă, văzută prin prisma istoriei. De altminteri, o istorie comentată psihiatric, ar fi din multe puncte de vedere instructivă. Multe dinastii celebre au fost taratate atât prin boli somatice cronice, cât şi prin consangvinitate, explicând, - cel puțin parțial - conduitele stranii şi neconcordante realității epocii respective.

Antichitatea romană a avut împărați, se pare, alienați veritabili. Dintre istoricii antici, *Tacitus*, deține un loc deosebit şi prin descrierea dramelor, orgiilor, viciilor şi atrocităților ce au bântuit lumea romană. Mai aproape de zilele noastre, cercetători ca *Brachet, Nass, Galippe* şi mai ales *Cabanes*, au studiat tulburările mintale ale unor guvernanți din țările Europei. Psihiatria, cu deosebire prin studiile lui *Regis*, a demonstrat că o serie de mari criminali, celebri prin victimile lor, erau dezechilibrați, atinşi de tulburări psiho-nevropatice, megalomanie şi misticism. Pentru exemplificare, fără a dori epuizarea listei şi excluzând secolul nostru, îl amintim pe Ravaillac, asasinul regelui Henric al IV-lea, pe Louis-Pierre Louvel, asasinul ducelui de Berri, pe Charles Cuiteau, asasinul preşedintelui american Garfield, etc., seria putând fi substanțial continuată. In legătură cu aceste veritabile "*regicide*" putem aminti anarhismul manifestat cu deosebire prin crime în serie, executanții fiind purtătorii aceluiaşi dezechilibru moral şi instinctiv. Ca urmare a unui astfel de lanț de crime, Franța a pierdut un preşedinte, pe Carnot, asasinarea căruia a reprezentat paroxismul activității anarhiste din perioada anilor 1892-1894.

Această mare varietate de posibilități de homicid, comise de o gamă mai puțin variată de dezechilibrați de regulă nedepistați din timp, ridică dificile probleme atât medico-psihologice cât şi juridice, iar în ultima vreme, de securitate pentru personalitățile importante de stat şi nu numai. Un lucru este cert: cu cât psihiatria pătrunde mai adânc în viața publică şi în domeniul criminologiei, cu atât creşte numărul delincvenților anormali descoperiți. crescută este periculozitatea lor şi datorită aparentei lor normalități. Din aceste motive se impune o mai bună cunoaştere a acestui grup social şi găsirea unor metode preventive pentru ei şi societate, posibile numai în perspectiva unei profilaxii globale



Scanned with OKEN Scanner

somato-psihice, în măsură să diminueze riscul dezvoltărilor psihice anormale.

In ceea ce priveşte crima săvârşită de persoane normale şi considerate - cel puţin de unii - ca şi suicidul - ca o expresie a libertăţii ce presupune indiscutabil şi o deplină responsabilitate, merită o analiză aprofundată. Credem în libertatea umană, în condiţionarea ei socio-culturală. Libertatea noastră se desfăşoară pe un teritoriu marcat pe de o parte de ereditate şi pe de altă parte de societate şi cultură. Desigur, omul este moderabil în anumite limite şi aprecierea liberului arbitru, a responsabilităţii trebuie făcută cu mare atenţie, deoarece ea este foarte dificilă. Erorile săvârşite în acest domeniu pot avea repercursiuni grave pentru libertatea individului. In acest sens, şirul larg de procese, condamnări şi arderi pe rug ce au marcat Evul Mediu, au avut ca victime şi mulţi bolnavi mintali. Firește, nu susținem ideea că toți criminalii sau delincvenții în general, sunt alienați. Credem însă, că mulți sunt totuși dezechilibrați psihic şi moral., tarați ereditar şi slab racordați rigorilor vieții sociale. Atitudinea față de aceştia trebuie să fie mai nuanțată, în cazul comiterii unor infracțiuni, în ciuda imenselor dificultăți ce apar în tentativa de stabilire a unei comunicări interumane sau luntare.

De câteva decenii, unii psihiatri au susținut oportunitatea înființării unor instituții intermediare între spital şi închisoare, în care delincvenții din această categorie să poată fi observați, studiați şi tratați - dacă este cazul - deoarece, pedeapsa este bună dacă ea corectează greşelile şi este educativă. Acest rezultat se va putea obține în măsura în care individul înțelege, recunoaşte culpa, precum şi valoarea moral educativă a pedepsei. In caz contrar, efectul poate fi negativ, iar psihopații care ies din detenție mai "călițI" şi mai înrăiți decât au intrat, ilustrează această realitate. Cazurile, cu delicte repetate, cu numeroase condamnări, nu sunt rare la aceşti indivizi. Este motivul pentru care considerăm necesară expertiza medico-legală psihiatrică în toate cazurile de homicid.

Din câte ştim, în multe țări această examinare este curentă şi solicitată mai ales în cazurile de homicid sau tentative de homicid asupra unor personalități de marcă din viața socială şi politică. Abordarea şi rezolvarea acestei delicate probleme, necesită - după opinia noastră formarea - în cadrul Ministerului Justiției - a unui compartiment de profil format din psihiatri, psihologi şi sociologi cu pregătire specială, cu rolul de a efectua examinările complexe necesare. Considerăm că încadrearea psihiatrilor în structurile judiciare, la noi în țară, care au început deja, constituie un semnal pozitiv şi pentru progresul şi perfecționarea asistenței juridice.



Scanned with OKEN Scanner

# BEȚIA ALCOOLICĂ VOLUNTARĂ ACUTĂ
## Considerații asupra asistenței sale ca urgență psihiatrică
## Aspecte comparative între România şi Republica Moldova

Dr. C.POSTELNICU, Dr. M.T.LAUDAT, Dr. NICOLETA CORTAS,
Dr. GH.NEDELCIUC, Dr. L.PÂRLIȚANU
Clinica de Psihiatrie "Socola" Iaşi; Clinica de Psihiatrie Chişinău

Creşterea consumului de băuturi alcoolice în ultimii ani, aspectele social-economice ale modificărilor în viața societății contemporane din spațiul carpato-dunubiano-pontic, dificultățile asistenței sanitare din această zonă geografică, erodarea unor aspecte ale prevederilor legislației existente în ultimele decenii, laxismul şi permisivitatea în ansamblul interrelațiilor umane din ultimii ani, mai ales în privința alcoolismului, au făcut şi fac ca stările de beție alcoolică să devină o veritabilă problemă socială şi de sănătate publică, nu numai o problematică juridică pentru anumite cazuri izolate sau un subiect în susținerea a diverse atitudini civice.

La una din secțiile pentru bolnavi psihici acuți din Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iaşi (Secția III Psihiatrie Acuți), beția alcoolică voluntară acută la un număr de 2305 externări efectuate în anul 1995 a fost reprezentată de un număr de 125 cazuri, adică 5,42% din ansamblul externărilor şi 10,37% din ansamblul externărilor etichetate ca urgență psihiatrică. Individul în stare de beție alcoolică voluntară acută a devenit astfel o prezență aproape permanentă în pavilioanele de admisie dintr-un mare spital de psihiatrie, în toate lunile anului, în mai toate zilele săptămânii, un consumator deloc neglijabil de prestații medicale proprii asistenței psihiatrice.

Raportat la lunile anului bețiile alcoolice voluntare acute au avut următoarea distribuție cronologică în raport de fiecare lună în parte cât şi de internările sub eticheta de urgență psihiatrică efectuate concomitent în aceiaşi unitate de timp.

| Luna | Nr.de pers. internate în stare de beție | Proporția raportat la % față de: | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Total internări pe luna în curs % | Total internări ca urgențe pe luna în curs % | Total intern. pe parcursul anului % |
| ianuarie | 9 | 6,29 | 12,50 | 0,39 |
| februarie | 14 | 8,18 | 8,18 | 0,60 |
| martie | 13 | 6,79 | 13,54 | 0,56 |
| aprilie | 6 | 3,59 | 7,22 | 0,26 |
| mai | 13 | 6,53 | 13,00 | 0,56 |
| iunie | 14 | 7,86 | 15,38 | 0,60 |
| iulie | 7 | 3,34 | 5,55 | 0,30 |
| august | 14 | 5,85 | 10,68 | 0,60 |
| septembrie | 7 | 3,33 | 4,89 | 0,30 |



Scanned with OKEN Scanner

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| octombrie | 15 | 7,04 | 16,85 | 0,65 |
| noiembrie | 7 | 3,60 | 6,79 | 0,30 |
| decembrie | 6 | 3,19 | 6,35 | 0,25 |

Persoanele din mediul rural au reprezentat 32% din totalul internărilor, iar cele din mediul urban 68%. În raport de statutul socio-profesional al celor internaţi:

- persoane fără o ocupaţie fermă: 38,40%,
- salariaţi: 25,6%
- şomeri: 16%
- pensionări: 12%
- agricultori: 6,40%
- intelectuali: 1,60%.

Subiecţii căsătoriţi au avut o pondere de 42,40%, necăsătoriţi - 38,40%, divorţaţi - 14,40%, văduvi - 4,80%. Legat de gradul de instrucţie şcolară au fost :

- fără studii 16,0%
- şcoală generală 75,2%
- liceu 7,20%
- studii superioare 1,60%.

Drept boli asociate stării de beţie s-au consemnat în:

- alcoolismul cronic 16,0%
- schizofrenie 0,80%
- surdomutitate 0,80%.

Rezultă deci că 82,40% din internaţi au fost anterior stării de beţie persoane indemne de eticheta psihiatrică.

Internările au fost solicitate de aparţinătorii (familie) celor în cauză, serviciu de ambulanţă din teritoriu, autorităţile abilitate în menţinerea ordinii publice (poliţie, corpul gardienilor publici), unităţi de asistenţă medicală (spitale, dispensare, etc.), cât şi de subiecţii înşişi. Semnalăm ca un element semnificativ de mentalitate publică că tot mai multe familii şi chiar subiecţii înşişi percep starea de beţie alcoolică ca o urgenţă medico-psihiatrică şi că apelează în acest sens direct la reţeaua de psihiatrie pentru o rezolvare corespunzătoare.

Actualmente nu există statuate la nivel oficial în România, organismele care trebuie implicate în asistenţa stărilor de beţie acută alcoolică voluntară. În acte normative mai vechi astăzi abrogate/sau căzute în desuetudine, spre exemplu: Decretele 153/1970, 76/1975, 246/1958, Ordinul M.S.P.S. nr. 515/1961 privind acordarea gratuităţii pentru depistarea şi tratamentul în spitale şi ambulator a alcoolismului



Scanned with OKEN Scanner

acut şi cronic, Ordinul 312/1968 şi 943/1968 al Ministerului Sănătăţii privind bolile cu regim gratuit - au existat stipulate norme de conduită destul de precise în privinţa asistenţei bolnavilor alcoolici atât sub aspect financiar cât şi al asistenţei medicale propriu-zise. În faţa noilor situaţii socio-economice din România, cât şi a creşterii consumului de băuturi alcoolice, şi necesităţile de a optimiza asistenţa medico-psihiatrică, învăţămintele rezultate din aplicarea unor asemenea acte normative ar trebui reactualizate şi din nou oficializate corespunzător posibilităţilor reţelei de asistenţă medicală şi psihiatrică şi exigenţelor vieţii contemporane.

O problemă de principiu pretabilă la diferite interpretări şi opinii diverse, adeseori cu caracter divergent sau contradictor, este statutul beţiei alcoolice voluntare acute în cadrul urgenţelor medico-chirurgicale (implicit urgenţelor medico-psihiatrice). Actele normative de uz oficial cunoscute de noi până în prezent în România nu îi acordă acesteia, într-o formulare ca atare, în mod expres statut de urgenţă medico-psihiatrică. Nu este însă mai puţin adevărat că în practica medicală şi psihiatrică curentă beţia alcoolică este acceptată şi tratată ca o urgenţă medico-chirurgicală (psihiatrică). Ea este asimilată şi încadrată în fapt prestaţiilor de specialitate în regim de "Urgenţe medico-chirurgicale" prevăzute de Anexa nr.15 din Normele tehnice în unele domenii ale asistenţei medicale aprobate prin Ordinul nr. 56/07.02.1974 Ministerul Sănătăţii. În acest sens pot fi invocate din lista de urgenţe medico-chirurgicale sus amintită următoarele entităţi : comele, confuzia mintală, intoxicaţiile, psihozele acute, alte suferinţe care pun în pericol viaţa bolnavului necesitând măsuri terapeutice imediate ca fiind episoade clinice prezente în unele situaţii în tabloul clinic de beţie alcoolică şi implicit în asistenţa stării de urgenţă medico-chirurgicală apreciată de medicul care examinează bolnavul, sau cum prevede respectiva anexă.

Literatura de specialitate de uz curent din domeniul psihiatriei clinice tratează relativ sumar bolile acute alcoolice, dar subliniază că "alcoolismul" este o "piatră de încercare" pentru psihiatri, deoarece în realizarea unei relaţii terapeutice autentice aceştia întâmpină mari dificultăţi, cea mai importanţă dintre ele fiind nerecunoaşterea statutului de bolnav. Alcoolicul trebuie tratat ca orice bolnav psihic, într-un climat de încredere, într-un mod care să-i inspire acceptare şi înţelegere.

Actualmente în Republica Moldova menţinându-se unele aspecte împotriva alcoolismului iniţiate anterior în spaţiul (ex) sovietic, atât din punct de vedere al practicii medicale curente cât şi al prezenţei de acte normative exprese în acest sens, situaţia asistenţei beţiei alcoolice prezintă aspecte destul de diferenţiate faţă de cele din România, atât pe planul măsurilor medico-psihiatrice propriu-zise de asistenţă de



Scanned with OKEN Scanner

specialitate, cât şi al disponibilităţilor de a influenţa şi stăpâni acest fenomen prin mijloace extramedicale.

Spre deosebire de România, în Republica Moldova pentru lupta împotriva alcoolismului şi asistenţa alcoolicului există de mai bine de 20 ani o reţea special nominalizată şi organizată, cu autonomie administrativă şi medicală în acest sens - reţeaua de narcologie.

În practica medico-psihiatrică din Republica Moldova beţiile alcoolice sunt recunoscute a fi de intensitate uşoară, medie şi gravă. De regulă stările de beţie uşoară şi medie nu sunt îndrumate şi acceptate pentru asistenţa de specialitate în reţeaua medicală obişnuită, de psihiatrie sau narcologie. Persoanele aflate în asemenea situaţie sunt reţinute de organele de poliţie în puncte de trezire aflate în structura organizatorică a acestora ca unităţi cu profil diferenţiat în cazul marilor oraşe (ex. Chişinău, Bălţi, Tiraspol etc.) sau camere de reţinere în cazul unităţiilor de poliţie din localităţile obişnuite. În asemenea situaţii subiecţii în cauză sunt reţinuţi maximum 12-24 ore sub observaţie pentru identificare, prelucrare sanitară şi corectarea igienei personale, trezire etc. Punctele de trezire din marile oraşe având în organica lor şi personal cu pregătire medicală (medici, cadre medii etc.) pot acorda în unele situaţii şi prestaţiile elementare de factură medicală proprii stărilor de beţie alcoolică. În restul cazurilor intervenţiile medicamentoase sunt situaţii de excepţie. Atunci când organele de poliţie consideră necesară diagnosticarea şi precizarea pe baze medicale a stării de beţie solicită intervenţia imediată a reţelei medicale teritoriale de factură specializată (narcologie, psihiatrie) sau din reţeaua de asistenţă medicală obişnuită (medici de gardă din unităţi spitaliceşti de profil general). De regulă subiecţii reţinuţi de organele de poliţie sunt supuşi după trezire la măsuri de influenţare administrativ-obştească precum :

- amenzi cu plata pe loc, plata la locul de muncă sau domiciliu. În perioada sovietică amenzile aveau valoarea de 10-25 ruble, în timp ce costul 1/2 litru de votcă era de 2,50 ruble;
- sancţiuni de factură contravenţională sub forma de reţinere în arestul poliţiei şi trimiterea la diferite munci de folosinţă comunitară pentru perioada până la 15 zile, în special în caz de refuz sau imposibilitate de plată a amenzilor fixate de organele de poliţie;
- anunţarea familiei, colectivele de muncă, instituţiile şcolare etc. despre ajungerea în stare de beţie după consumul de băuturi alcoolice.

Acestea erau abilitate prin organisme special constituite în acest sens de a lua la fiecare caz în parte măsuri de înfluenţare obştească în raport de analiza situaţiei concrete şi antecedentele medico-psihiatrice şi narcologice în sensul următoarelor posibilăţi :



Scanned with OKEN Scanner

- aplicarea de diverse amenzi ajungând până la 10% din salariu;
- reținerea de la a primi diverse premii şi indemnizații suplimentare la salarizare;
- oprire de a primi cel de-al treisprezecelea salar;
- restricții sau interdicții de a beneficia de trimitere la stațiuni de odihnă, sanatorii în sistemul asigurărilor sociale publice.

- luarea în evidență de rețeaua de narcologie, mai ales atunci când stările de beție capătă caracterul de beții repetate şi ridică suspiciuni de prezența unui teren patologic al condiționărilor comportamentale.

În Republica Moldova este încetățenită, în special după 1985, practica unei colaborări permanente între organele de poliție şi rețeaua de asistență narcologică. Persoanele sancționate sau suspectate de organele de poliție de consum abuziv şi repetat de băuturi alcoolice primesc din partea acestora indicații ferme de a se prezenta pentru luare în evidență şi asistență în rețeaua de narcologie. În cazul lipsei de cooperare în acest sens ele pot fi supuse la diverse măsuri de influențare, inclusiv de factura juridică poenologică.

Diagnosticul de beție alcoolică este realizat în Republica Moldova de regulă numai de medic, îndeosebi în cadrul rețelei de narcologie (oraşe, centre raionale) şi relativ mai rar în cadrul obişnuit organizatoric al rețelei medicale de asistență primară. În unele situații particulare polițiştii stabilesc prezența stării de beție alcoolică exclusiv în prezența de martori care contrasemnează procesul verbal de constatare. În practica curentă în unitățile de asistență narcologică şi psihiatrică diagnosticul de beție alcoolică se stabileşte în examinări clinice complexe a subiecților în cauză, efectuarea probei RAPAPORT, şi după caz dozării de alcool în sânge şi urină.

Stările de beție alcoolică gravă diagnosticate ca atare de medici, de regulă la solicitările organelor de poliție, sunt asistate în oraşele mari în cadrul spitalelor de urgență şi/sau secțiile de terapie intensivă ale spitalelor teritoriale (raionale). Ele nu ajung în unități de psihiatrie decât atunci când se însoțesc de manifestări psihotice. Bolnavii de etilism cu forme clinice de etilism cu manifestări psihotice sunt asistați în cadrul unităților de narcologie şi/sau psihiatrie, după caz în secții de terapie intensivă sau de profil obişnuit.

Autorii revin în concluzie la punctul de vedere susținut în lucrări anterioare în sensul că bețiile alcoolice obişnuite să fie asistate inițial în compartimente special amenajate, utilate şi organizate pentru această categorie de pacienți în cadrul rețelei obişnuite de asistență medicală (spitale generale, spitale pentru urgențe medico-chirurgicale). După dispariția stării de intoxicație alcoolică acută persoanele cu probleme



Scanned with OKEN Scanner

medicale sau psihiatrice obiectivate în maximum 2-4 zile de spitalizare este de preferat a fi îndrumate către asistența adecvată potrivit stării lor somato-fizice şi psihice de bază. Propriile observații clinice privind urmărirea în dinamică a subiecților cu beții alcoolice accidentale sau episodice confirmă constatările altor autori că instalarea consumului abuziv de alcool începe cu asemenea manifestări comportamentale şi că stările de beție alcoolică voluntară nu trebuie minimalizate ca problemă de sănătate publică.

## IMPLICAȚIILE MEDICO-SOCIALE ŞI JURIDICE LA BOLNAVII SCHIZOFRENI CU COMPORTAMENT DEVIANT ÎN EVIDENȚA LABORATORULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ CLUJ-NAPOCA

Dr. T.NEAMȚU(1), Dr. A.SECĂREANU(1), Dr.ANTONIA NEAMȚU(2)
(1)- Laboratorul de Sănătate Mintală Cluj-Napoca
(2)-studentă anul V M.G.

Schizofrenia este o entitate nozografică discutabilă ca ansamblu atât timp cât etiopatogenia sa continuă că cuprindă atâtea controverse şi impreciziuni. Intrată deja în circulația internațională ca o psihoză cu evoluție prelungită şi forme clinice variabile ca număr şi profil de la un autor la altul, schizofrenia rămâne încă în ciuda acestor inadvertențe un cadru acceptat şi susținut ca atare şi de experții OMS în psihiatrie.

Dacă etiopatogenia şi diagnosticul diferențial sunt capitole "vulnerabile", care au constituit şi probabil vor mai forma obiectul întrunirilor şi a dezbaterilor, în schimb abordarea oarecum inversă de la analiza comportamentului, a faptelor comise de aceşti bolnavi psihici spre miezul principal al acestei boli a fost făcută cu multă precizie şi acurateţe de către psihiatrii obligați să se pronunțe în fața unei instanțe şi de medicii legişti.

Importanța cunoaşterii, şi dacă este posibil a prevenirii unor modificări comportamentale periculoase care pot apare în oricare perioadă sau formă a schizofreniei, este un element esențial, fapt pentru care am considerat util să cercetăm o cauzistică proprie aflată sub observație mai ales în ultimii cinci ani, cu atât mai mult cu cât era psihotropelor au ridicat valul se pesimism ce a domnit multe veacuri deasupra psihozei discordante. Complexul nou terapeutic format dintr-un angrenaj în care psihotropele sunt interferențial corelate cu metode psiho şi socioterapeutice a ridicat procentul remis până la 50-70% din totalul bolnavilor tratați, iar noua optică în care recuperabilitatea bolnavului schizofren a devenit o realitate care ne obligă să analizăm cu



Scanned with OKEN Scanner

atenție cazuistica spre a ne însuşi un program terapeutic cât mai adecvat cu bolnavul şi contextul socio-profesional în care va urma să trăiască.

Obiectivul principal al studiului întreprins îl constituie cercetarea particularităților de comportament antisocial la bolnavii schizofreni în cadrul unor parametrii clinico-statistici cunoscuți spre a permite îmbunătățirea cadrului terapeutic şi instituirea măsurilor psihoprofilactice.

*Tabelul nr.1*

| Unități sanitare | Total bolnavi în evidență L.S.M. | Total bolnavi schizofreni în evidență | Art. 113 C.P. | Art. 114 C.P. | Decr. 313/80 | Obs. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| L.S.M. | 5178 | 922 | 18 | - | 38 | 56 |
| Spit.cr.Borșa | - | - | - | 12 | 8 | |
| TOTAL | 5178 | 922 | 18 | 12 | 46 | |

De menționat că pentru LSM cei 56 bolnavi reprezintă 6,07% din totalul de 922 bolnavi schizofreni luați în evidență şi 1,08% din 5178 bolnavi, cifră care reprezintă numărul total de bolnavi psihici dispensarizați la LSM până la 31 decembrie 1995.

Cercetând acest grup de bolnavi schizofreni cu manifestări antisociale pe formele mari clinice general admise se constată următoarele:

*Tabelul nr.2*

| | |
|---|---|
| Schizofrenie paranoidă | 30 |
| Psihoză halucinator delirantă | 5 |
| P.M.D. | 1 |
| Psihopatie | 3 |
| Debilitate mintală | 6 |
| Alcoolism cronic | 5 |
| Epilepsie | 6 |

Din tabel reiese clar în evidență că forma paranoidă deține majoritatea cazurilor cercetate, fapt în deplină concordanță cu bibliografia consultată.

Schizofrenia este o psihoză cu preponderență manifestă în perioada adultă, astfel că grupajul bolnavilor consultați pe decade de vârstă şi sex se încadrează în datele general admise.

*Tabelul nr.3*

| 20-29 ani | | 30-39 ani | | 40-49 ani | | peste 50 ani | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B | F | B | F | B | F | B | F | B | F |
| 6 | - | 22 | - | 15 | 3 | 6 | 4 | 49 | 7 |



Scanned with OKEN Scanner

Analiza stării civile a bolnavilor cercetați au scos în evidență următoarele date: majoritatea bolnavilor schizofreni se află în familie, fapt care facilitează asistența medicală în regim ambulator, deşi această problemă este în relație printre altele şi cu nivelul de cooperare al familiei.

*Tabelul nr.4*

| Starea civilă | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Căsătoriți | | Necăsătoriți | | Divorțați | | Concubinaj | |
| B | F | B | F | B | F | B | F |
| 11 | 1 | 17 | 3 | 14 | 3 | 7 | - |
| 12 | | 20 | | 17 | | 7 | |

Situația încadrării profesionale sau în grad de invaliditate a bolnavilor schizofreni în studiu se prezintă astfel:

*Tabelul nr.5*

| Încadrați profesional | | | | Neîncadrați profesional | | Pensionați | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| calificați | | necalificați | | | | gr.II | | gr.III | |
| B | F | B | F | B | F | B | F | B | F |
| 15 | 6 | - | - | 5 | 2 | 18 | 3 | 6 | 1 |

Din tabelul nr.5 se constată că există o dezadaptare prezentă sub o formă sau alta la majoritatea bolnavilor schizofreni cu comportamrnt deviant.

Având în vedere funcționalitatea LSM-ului, condițiile ambulatorii de tratament s-au îmbunătățit în mod considerabil oferindu-se astfel un cadru adecvat urmăririi şi supravegherii calificate a bolnavilor psihici. Din acest motiv în condițiile asistenței medicale ambulatorii, dacă gradul de cooperare al bolnavului şi al familiei este satisfăcător, există posibilitatea unei încadrări profesionale şi la acestă categorie de bolnavi.

Prezența unor manifestări anormale în comportamentul bolnavilor schizofreni cercetați a constituit criteriul prim al selectării lotului observat, modalitățile diverse în care s-au realizat aceste tulburări comportamentale ne-au obligat totuşi la restrângerea lor în categorii mai mari.

*Tabelul nr.6*

| Unitatea L.S.M. | Comportament deviant - tip | Nr. bolnavi | Obs. |
|---|---|---|---|
| | Conturbarea liniştei publice | 17 | |
| | Furt | 10 | |
| | Ultraj bunelor moravuri | 8 | |
| | Omor şi tentativă de omor | 6 | |
| | Distrugeri de bunuri casnice | 6 | |
| | Amenințări agresivitate în familie | 9 | |



Scanned with OKEN Scanner

Agresivitatea sub toate formele sale aparente de prezentare şi în intensităţi variabile de la caz la caz şi de la o etapă la alta de tratament, constituie fondul comportamentului deviant. Neconcordanţa cu pretextul, bizareria, împletirea cu tematica halucinator-delirantă, într-un climat de autism sau plina explozie catatonică sunt de asemenea clişee de moment sub care au fost surprinse episoadele antisociale cercetate. Familia reprezintă de obicei pretextul major spre care se dirijează comportamentul deviant al unui schizofren, pentru că asupra familiei se revarsă de cele ami multe ori şi tulburările grave de afectivitate pe care aceşti bolnavi pe prezintă.

Prezenţa unui consum abuziv la 26 bolnavi în perioada care precede explozia antisocială, sau consumarea îndelungată, nesupravegheţă, reprezintă cele două variante mai des întâlnite în care alcoolul devine factor favorizant sau precipitant al comiterii acestor acte agresive menţionate în dosarele bolnavilor schizofreni.

Un rol de seamă este deţinut în evoluţia unei schizofrenii de aplicarea unei terapii psihoprope cât mai precoce şi corespunzătoare. În acest dens la cauzistica noastră asistată ambulator, comportamentul ajunge să devină limitrof normalului în funcţie de inserţia familială şi socială. Cazurile care au necesitat internarea într-un spital de bolnavi cronici sunt deocamdată lipsite de posibilitatea reinserţiei socio-familiale, dar în schimb beneficiază de o asistenţă spitalicească permanentă dublată pe cât posibil cu terapie ocupaţională, ergoterapie.

În tabelul nr.7 sunt prezentate numeric gradul de cooperare şi necooperare a bolnavilor trataţi ambulator, precum şi gradul de cooperare şi necooperare la ergoterapie pentru bolnavii internaţi în spital.

*Tabelul nr.7*

| L.S.M. | |
|---|---|
| cooperanţi | necooperanţi |
| 29 | 27 |

Bolnavii schizofreni cooperanţi au beneficiat de un tratament susţinut cu psihotrope, inclusiv din seria depot, aşa cum reiese din datele prezentate în cercetările noastre anterior.

Chiar şi la bolnavii schizofreni cu comportament deviant aplicarea unor măsuri de dispensarizare adecvate pot îmbunătăţi evoluţia clinică şi ameliora simţitor comportamentul în aşa fel încât uneori bolnavul devine compatibil cu o integrare socio-familială corespunzătoare.

În acest sens modalităţile de dispensarizare actvă, pe care Laboratoarele de sănătate mintală sunt în măsură să o aplice îşi dovedesc utilitatea.



Scanned with OKEN Scanner

**Concluzii:**

1. Frecvența comportamentului deviant în psihiatrie atinge maximul la bolnavii schizofreni.
2. Decadele critice ale bolnavilor schizofreni cu posibilitatea unui comportament deviant sunt între 30-50 ani.
3. În grupul cercetat se constată că domină necăsătoriții, divorțații, cu necesitatea internării în unități de profil cronici.
4. Actele antisociale la schizofrenii din lotul cercetat sunt conturbarea liniştei publice şi agresivitate în familie.
5. Dispensarizarea cu alcătuirea unui program terapeutic judicios selectat îmbunătăţeşte starea clinică a bolnavului făcând posibilă reinserția socio-familială şi chiar profesională.

## DELINCVENȚA SEXUALĂ ŞI PSIHOPATOLOGIA

Prof. Dr. T.UDRIŞTOIU, Conf. DR. D.MARINESCU, Dr. G.C. MIHĂESCU,
Dr. L.GRUIEȚ
Clinica de Psihiatrie Craiova

Infracțiunea sexuală se corelează cu conduitele agresive (Stuart, 1985), neputând fi negată contribuția şcolii psihanalitice - delincvența sexuală fiind un model al proiecțiilor fantasmatice şi al decriptării de tip psihanalitic. Din acest motiv Hewitt şi Jenkins - 1986 - încadrează în aceste modalități infracționale întreaga gamă a comportamentelor deviante, nefiind posibilă corelarea cu un model psihopatologic, ci mai mult cu o conduită socială de un tip agresiv (American Psychiatric Association, 1980).

Pornind de la interesul suscitat de delincvența sexuală atât pentru practica psihiatrică curentă, cât şi pentru interdisciplinaritatea sociologică, psihologică şi juridică ne-am propus punerea în evidență a unor factori de predicție ai delictului sexual.

În acest scop am efectuat un studiu clinico-statistic asupra cazurilor expertizate medico-legal psihiatric la nivelul L.M.L. Craiova într-un interval de 5 ani (1988-1992).

S-a utilizat metoda pasivă retrospectivă în analiza rapoartelor de expertiză medico-legală psihiatrică, criteriile de selecție fiind existența delictului sexual şi solicitarea efectuării unei expertize de organele de cercetare penală sau de justiție. Indicatorii urmăriți au fost: sexul, vârsta în momentul comiterii infracțiunii, mediul social de proveniență, profesia, nivelul socio-cultural, prezența sau absența consumului de alcool,



Scanned with OKEN Scanner

discernământul faptelor, cadrul nosologic. Concomitent s-a studiat şi numărul de victime ale abuzurilor sexuale ce s-au adresat L.M.L. pentru expertiză, în acelaşi interval.

Datele obținute au fost prelucrate statistic pentru fiecare item în parte, ulterior făcându-se corelări între aceşti itemi.

De la început trebuie menționată ponderea expertizelor medico-legale psihiatrice (EMLP) în intervalul 1988-1992 - 15,60% (1451 cazuri) raportate la numărul total de expertize (9300 cazuri). Din EMLP numai 5,03% (73 cazuri) au fost efectuate pentru infracțiuni sexuale (fig.1).

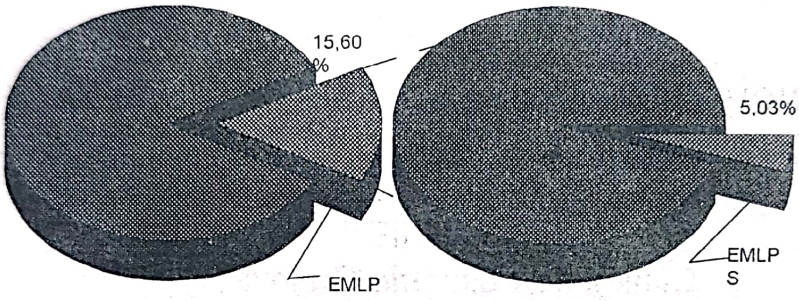
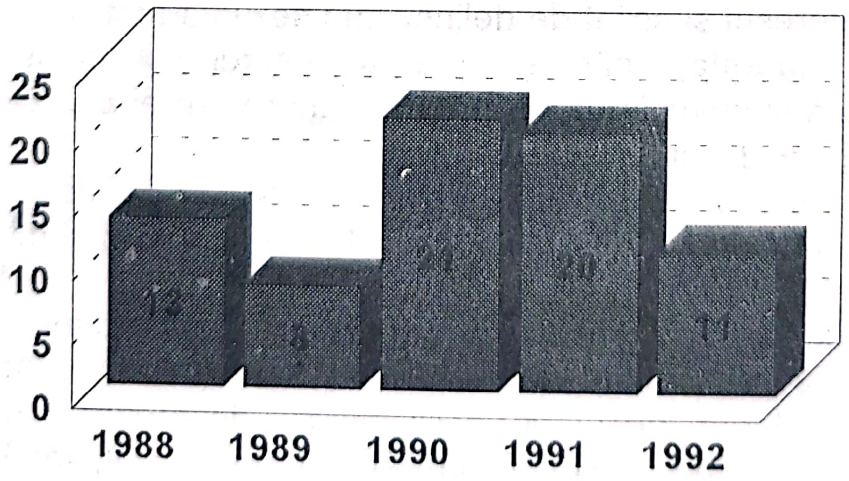



Fig.1.

În perspectiva dinamică frecvența infracțiunilor sexuale atinge un vârf în anii 1990-1991, fapt ce s-ar putea corela cu condițiile sociale din perioada respectivă (fig.2).






Scanned with OKEN Scanner

În ceea ce priveşte vârsta delincvenţilor (toţi de sex masculin) se remarcă predominaţia la vârstă tânără (80,82% sub 30 de ani) şi mai îngrijorător în rândul minorilor (54,79%). (Tab.1).

Distribuţia lotului după vârstă

*Tabel I*

| VÂRSTA | ABSOLUT | % |
|---|---|---|
| sub 18 ani | 40 | 54,79 |
| 19-29 ani | 19 | 26,03 |
| 30-39 ani | 7 | 9,59 |
| peste 40 ani | 7 | 9,59 |
| TOTAL | 73 | 100 |

Corelarea cu factorii sociali rezultă din netă predominenţă a delictualităţii sexuale în mediul urban (72,6%). (Tab.2).

Distribuţia lotului după mediul social de proveniență

*Tabel II*

| MEDIUL | ABSOLUT | % |
|---|---|---|
| Rural | 20 | 27,40 |
| Urban | 53 | 72,60 |
| TOTAL | 73 | 100 |

Din punctul de vedere al nivelului socio-cultural, ca şi al profesiei, se observă că frecvenţa infracţiunilor creşte invers proporţional cu nivelul socio-cultural şi profesional; un semnal de alarmă ar trebui să-l constituie frecvenţa mare în rândul elevilor (26,03%). (Tab.3 şi 4).

Distribuţia lotului după profesie

*Tabel III*

| PROFESIA | ABSOLUT | % |
|---|---|---|
| Muncitori | 26 | 35,62 |
| Tehnicieni | 2 | 2,74 |
| Elevi | 19 | 26,03 |
| Intelectuali | 2 | 2,74 |
| Fără ocupaţie | 24 | 32,87 |
| TOTAL | 73 | 100 |

Distribuţia lotului după nivelul socio-cultural

*Tabel IV*

| NIVEL SOCIO-CULTURAL | ABSOLUT | % |
|---|---|---|
| sub 7 clase | 17 | 23,29 |
| 7 - 10 clase | 48 | 65,75 |
| peste 10 clase. | 8 | 10,96 |
| TOTAL | 73 | 100 |



Scanned with OKEN Scanner

Consumul de alcool a fost implicat în 13,70% din cazuri. (Tab.5).

Distribuția lotului în funcție de consumul de alcool

*Tabel V*

| CONSUM DE ALCOOL | ABSOLUT | % |
|---|---|---|
| DA | 10 | 13,70 |
| NU | 63 | 86,30 |
| TOTAL | 73 | 100 |

Discernământul a fost păstrat în 75,34% din cazuri şi numai în 10,96% abolit (corelându-se cu interferențele alcoolice acute potențial declanşatoare de decompensări psihotice). (Tab.6).

Distribuția lotului în raport cu discernământul

*Tabel VI*

| DISCERNĂMÂNT | ABSOLUT | % |
|---|---|---|
| Păstrat | 55 | 75,34 |
| Diminuat | 10 | 13,70 |
| Abolit | 8 | 10,96 |
| TOTAL | 73 | 100 |

Din analiza pe grupe nosologice reiese evidenta predominență a psihopatiilor (42,46%). Se remarcă faptul că 10,96% din totalul infractorilor nu au putut fi încadrați nosologic - deci ar aparține "normalului", ceea ce reconfirmă componenta psihanalitică din etiopatogenia delictului sexual. (Tab.7).

Distribuția lotului pe grupe nosologice

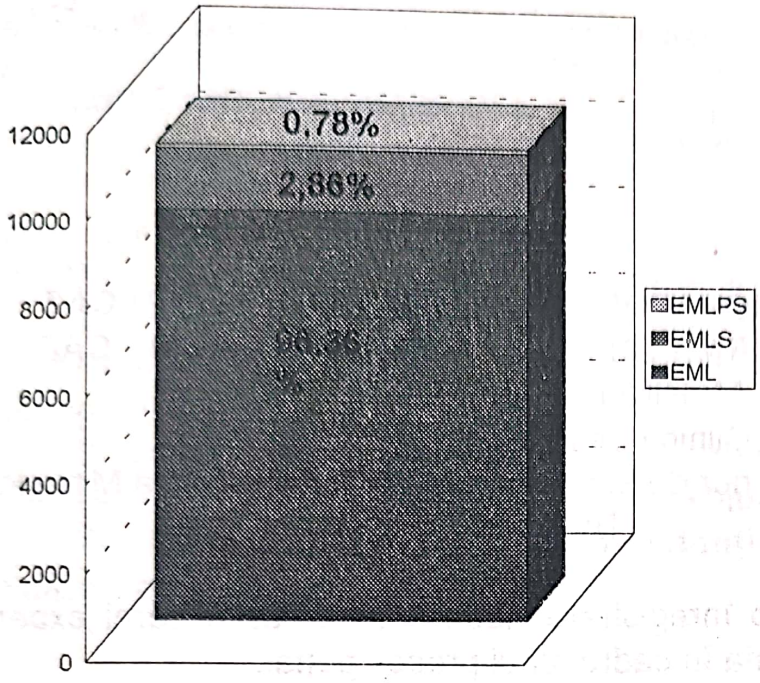
*Tabel VII*

| DIAGNOSTIC | ABSOLUT | % |
|---|---|---|
| Alcoolism+psihoze alcoolice | 10 | 13,70 |
| Psihopatii | 31 | 42,46 |
| Sd.psihoorganice+psihopatoide | 12 | 16,40 |
| Deficite cognitive | 12 | 16,44 |
| Fără tulburări psihice | 8 | 10,96 |
| TOTAL | 73 | 100 |

Demnă de subliniat, din păcate, este discrepanța dintre numărul de EML solicitate de victimele agresiunilor sexuale (2,86%) şi EMLP (0,78%) (Fig.3), ceea ce ridică semnul de întrebare în legătură cu solicitarea aprecierii discernământului mai mult din partea familiei sau apărării infractorului decât din partea organelor de cercetare penală sau justiție.



Scanned with OKEN Scanner




În concluzie, ies în evidență ca factori de predicție ai delictului sexual: sexul masculin, vârsta tânără, nivelul socio-cultural scăzut, mediul urban, consumul de alcool şi grupa nosologică a psihopatiilor.

Considerăm importantă problematica delictelor sexuale, cu atât mai mult cu cât este evidentă predominația acestora în rândul adolescenților şi tinerilor, ceea ce impune o abordare multidisiplinară (psihiatrică, psihologică, sociologică, educațională şi juridică). În acest sens, relevarea unor factori predictivi, ca şi luarea unor măsuri de profilaxie cu adevărat eficientă - având în vedere potențialul redus de recuperabilitate al acestor cazuri (predominând psihopatiile), merită o atenție deosebită în contextul actual privind protejarea individului şi a societății.

**Bibliografie**

1. *Angheluță V., Nica-Udganu ST., Nica-Udganu Lidia*: Psihiatrie preventivă, Ed.Medicală, Bucureşti, 1986 p.116-119
2. *Dragomirescu V.*: Psihosociologia comportamentului deviant, Ed.Ştiințifică şi Enciclopedică, Bucureşti 1976, p.76-98
3. *Dragomirescu V., Hanganu O., Prelipceanu D.*: Expertiza medico-legală psihiatrică, Ed.Med., Bucureşti 1980, p.97-113
4. *Gorgos C.*: Dicționar Enciclopedic de Psihiatrie, Ed.Med., vol.3, 1988
5. *Şelaru M.*: Comportamentul sexual aberant, Ed.Moldova, Iaşi 1993, p.67-69
6. *Udrişţoiu T., Marinescu D.*: Factori de risc, rev.Neurologie, psihiatrie, neurochirurgie, nr.3 1988
7. *Crowe L.C., George V.H.*: Alcohol and Human Sexuality, Psychological Bulletin, no.5, 1989, p.363-367
8. *Thomd J.*: Un secol de luptă cu delincvența, Ed.Junimea, Iaşi 1981, p.26-29



Scanned with OKEN Scanner

9. *Tollison D.C., Adams H.I.*: Sexual Disorders-Treatment, Theory and Researche, Gardner Press Inc. New York 1979, p.372-386
10. x x x : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, American Psychiatric Association 1980

## IMPLICAȚII PSIHOPATOLOGICE ACTUALE ÎNTR-UN CAZ TORTURAT ÎN URMĂ CU 23 ANI - PREZENTARE DE CAZ

Dr. A. MARIN(1), Dr. Fl. GÂLDĂU (2)
(1) - Clinica de Psihiatrie Timişoara
(2) - Laboratorul Exterior de Medicină Legală "Prof.Dr.Mina Minovici" Timişoara

Se va prezenta o înregistrare video a unui caz a cărei expertiză psihiatrică a fost solicitată în cadrul unui proces penal.

Anamneza stabileşte că pacientul a fost torturat în urmă cu 23 ani în urma acuzației de trecere frauduloasă a frontierei.

În anii care au urmat acestui eveniment pacientul a trecut în repetate rânduri frontiera, a fost plecat în Australia, dar s-a întors, înfruntând reprimarea.

Postdecembrist pacientul participă la un interviu televizat în care dezvăluie identitatea anchetatorului.

Ulterior, cel demascat acuză pacientul de calomnie. În timpul procesului, pacientul este suspectat de o decompensare senzitiv-relațională.

Intervenția autorilor îşi propune să comenteze tabloul psihopatologic actual şi atitudinea existențială a pacientului.

## IMPLICAȚII MEDICO-LEGALE ALE INTOXICAȚIEI ALCOOLICE ÎN DISCERNĂMÂNT

Asist.univ. Dr. D. PERJU-DUMBRAVĂ(1), Dr. C. REBELEANU(1), Dr. F. POPOVICI(1), Dr. A. CĂPÂLNEANU(2), Dr. M. POP(1)
(1) - Institutul medico-legal Cluj-Napoca
(2) - M.L. - Laborator exterior Cluj-Napoca

Alcoolul etilic este considerat cel mai răspândit toxic, având efecte atât asupra stării de sănătate cât şi efecte antisociale. Singura stare de intoxicație ce conferă iresponsabilitate este beția completă, independentă de voința persoanei. Beția patologică este probată de tulburări psihiatrice apărute după consum de cantități mici de alcool



Scanned with OKEN Scanner

urmate de amnezie totală, are durată mai mare decât beţia obişnuită, apare la nealcoolici şi conferă iresponsabilitate actului antisocial comis.

Sunt clasificate şi studiate în lucrarea de faţă cele 4 moduri de comitere ale infracţiunilor sub influenţa alcoolului:

1. **Infracţiuni neintenţionate** (consecinţa neglijenţei psiho-senzoriale ce determină tulburări de reacţie în timpul desfăşurării unei activităţi: accidente de muncă, încălcarea legii circulaţiei).
2. **Infracţiuni prin tulburări de comportament**(consecinţa modificărilor personalităţii, determinând acte hetero- sau autoagresionale).
3. **Infracţiuni comise în stare de dependenţă**, în scop de a procura alcool: furt, delapidare, şantaj, prostituţie, parazitism.
4. **Infracţiuni prin consum intenţionat** de alcool pentru finalizarea actului antisocial.

## CERCETĂRI PRIVIND IMPLICAŢIILE MEDICO-LEGALE ALE COMPORTAMENTULUI DISOCIAL PSIHOPATIC

Dr. VLAD NICOLAE
Spitalul de Psihiatrie Botoşani

Termenul de sociopatie prin care Partridge (1930) desemna acele dizarmonii de personalitate a căror dezadaptare relaţională şi comportamentală se manifestă în special sub forma conflictului permanent al dizarmonicului cu normele sociale a fost ulterior înlocuit în majoritatea ţărilor cu cel de personalitate antisocială (5).

Partridge deosebeşte o sociopatie "esenţială" în care dezadaptarea însoţeşte individul întreaga perioadă a vieţii, fiind rezistentă la metodele educative obişnuite sau la măsurile punitive de alte forme sociopatice mai benigne comportamental şi mai puţin constante ambele constituind categoria "personalităţilor patologice". Autorii americani introduc termenul de sociopatie în 1952 deşi recunosc ineficienţa taxonomică a acestui concept (7). Sociopaţii sunt persoane care prezintă aberaţii primare comportamentale de tip antisocial fără a fi obligatoriu însoţite şi de alterarea personalităţii.

Confuzia care se face între psihopaţi şi sociopaţi se bazează pe interpretarea psihosocială a conduitei acestor indivizi, trecându-se cu uşurinţă peste factorii de personalitate şi motivaţia sociopsihologică care condiţionează aceste manifestări. Dacă comportamentul psihopatic se structurează sub influenţele situaţionale ale relaţiilor de grup atunci dezordinea se cheamă sociopatie (8).



Scanned with OKEN Scanner

**Etiogeneza sociopatiei**

În apariția şi dezvoltarea sociopatiei sunt implicate două categorii de factori care acționează în etape diferite pe parcursul dezvoltării omului ca ființă socială. Aceste grupe de factori sunt:

**1. Factori organici şi ereditari** reprezentați de leziunile la nivel microscopic, biochimic şi disenzimatic şi care acționează în sens negativ înainte de formarea conştiinței tinzând la dizarmonizarea psihicului.

**2. Factori sociali** care acționează ulterior, în copilărie şi adolescență, fie în sens pozitiv, corectând dezechilibrul şi armonizând psihicul, fie în sens negativ agravând baza organică a psihopatiei.

În sociogeneza dezvoltării dizarmonice a personalității sunt evidențiabili factorii negativi de ordin microsocial de tangență imediată şi precoce cu individul. Aceşti factori acționează uşor pe un teren vulnerabil sau labil predispus unei dizarmonizări, iar în sociodinamica deviației rolul favorizant apare pregnant la structurile psihopatice în raport cu indivizii fără tulburări psihice.

În determinismul sociopatic al devianței apare evidentă intervenția factorilor mezologici. Perturbarea palierului ecologic intervine prin mediul acultural, familie dezorganizată, prin alcoolism sau lipsa sentimentelor de securitate (5, 7).

Mecanismele sociopatice declanşate de consumul de alcool la psihopați sunt:

- accentuarea pulsiunilor hedonice;
- adâncirea deficitului de cenzură afectivo-volitivă şi a trăirii conştiente a derapajului existențial;
- căderea inhibițiilor uneori cu grave consecințe comportamentale.

Studiul nostru evidențiază asocierea între alcool într-un procent de 44,67% cazuri cifră apropiată de rezultatele altor autori.

Imaturitatea emoțional-volitivă condiționează şi antrenează o instabilitate emoțională ce favorizează impulsivitatea.

Starea de angoasă dezvoltă, consecutiv insecurității afective, autismul detaşării de lumea înconjurătoare ce devine ireală şi inadecvată. Apărarea față de autism prin impulsivitate ca şi crearea imaginii unui fals self ce declanşează mecanisme arhaice de apărare se află la originea devianței sociopaților ca mod unic de afirmare a trăirilor psihopatologice (6, 7).

În sociodinamica comportamentului deviant se va lua în calcul acțiunea factorilor de ordin social încă din perioada de formare a personalității, şi în primul rând condițiile de microclimat (familie, şcoală, anturajul apropiat) şi apoi se va reconsidera afirmarea socială a acestei personalități în condițiile menținerii sau modificării acestor factori în dinamica comportamentului deviant, componența socială cumulează



Scanned with OKEN Scanner

atât factorii cu rol major în modificarea fondului somato-psihic cât şi factorii care influenţează dezvoltarea şi tipul de orientare a personalităţii deviantului. Mediul social prin permisivitatea sa normativă ca şi prin incitaţiile pozitive sau negative succesive sau comitente poate contribui fie la dezechilibrarea socio-comportamentală fie la consolidarea efectelor pozitive ale tratamentului aplicat fie la reiterarea conduitelor deviante prin persistenţa incitărilor negative ale mediului ambiental (2).
Prescripţiile şi opreliştile de ordin normativ constituie un continuum unde la o extremă se amplasează normele minimale (norme legale, juridice), fără a căror respectare convieţuirea socială nu e posibilă, iar la extrema cealaltă sunt normele maximale (morale) reprezentând tipul ideal de comportament în cadrul grupului social respectiv (1).
Faţă de aceste norme sociopatul poate avea un comportament conformist, deviant sau aberant.

Analiza sociodinamică a comportamentului deviant evidenţiază insuficienţa factorilor care contribuie la maturizarea personalităţii, la formarea conştiinţei sociale, în raport cu ritmul accelerat de dezvoltare somatopsihică şi cu condiţiile endo sau exogene care favorizează o dezvoltare dizarmonică precoce şi care prin persistenţa sau cronicizarea lor întreţin fenomenul.

La originea recidivei sociopatului se află sentimentul de injustiţie, complexe de inferioritate şi de opoziţie pe care le produce incapacitatea acceptării unor relaţii ordonate de grup (3).

În studiul nostru am găsit la subiecţii (sociopaţi aflaţi în regim protectiv în Penitenciarul Botoşani) investigaţi un procent de 13,4% subiecţi cu conduite deviante reiterate. Remarcăm faptul că, chiar şi oamenii normali pot ajunge să săvârşească o infracţiune. Înclinarea spre infracţiune este partea latentă care pentru a se actualiza are nevoie de un anumit mediu favorabil (1). Reiterarea este un fenomen profund antisocial "o stare periculoasă care se manifestă prin reluarea activităţii infracţionale de către o persoană în sarcina căreia s-a reţinut sigur comiterea unei infracţiuni - definiţie adopatată la Congresul Internaţional de Criminologie de la Londra (1955).

Mediul penitenciar este un mediu nefavorabil unde aceşti dizarmonici deprind noi obiceiuri degradându-se tot mai mult ei înşişi constituind pentru anturaj un inductor negativ deosebit de activ, căutând să antreneze persoane noi în activitatea infracţională. O parte a sociopaţilor recidivişti din penitenciar (14%) prezintă tulburări psihice în cadrul unor dezvoltări dizarmonice ale personalităţii peste care cel mai adesea s-au suprapus carenţe de ordin afectiv, în mediul familial, şcolar şi social (9).



Scanned with OKEN Scanner

Alți sociopați au prezentat tulburări de conduită încă din perioada minoratului (fugă de acasă şi de la şcoală, absenteism şcolar, furturi, etc.), care fie că nu au fost decelate la timp, fie că au fost tratate necorespunzător pe plan social, au găsit un mediu defavorabil în penitanciar unde, în contact cu alte elemente inadaptabile pe plan social, s-au complăcut şi s-au dezvoltat în direcția unor trăsături negative caracteriale.

O parte din subiecți (52%) au fost sancționați cu amendă pentru diferite acte antisociale. Majoritatea subiecților investigați (70%) aveau activ două sau mai multe infracțiuni, cel mai mare procent reprezentându-l cazurile de vătămări corporale. Subiecții cu comportament disocial psihopatic aflați în cursul asistenței penitenciare au fost investigați psihologic urmărindu-se la nivelul de inteligență, funcțiile mnezică şu prosexică, nivelul de anxietate (testul Cattel), maturizarea afectivă (testul Friedmann), indicele de conformitate la grup G.C.R. (testul Rosenzweig). De asemenea au fost investigați cu ajutorul chestionarului W-M, chestionarul personalității accentuate (P.A.), rezonanța afectivă la culoare (Luscher Color Test) precum şi testele Koch şi Szondi obținându-se rezultate relevante pentru existența la acești subiecți a comportamentului disocial psihopatic (9).

**Concluzii**:

- După ce s-a delimitat termenul de sociopatie, în raport de consecințele şi evoluția cronică, ca şi de frecvența decompensărilor comportamentale şi de incapacitate reiterată de adaptare la mediu au fost trecute pe scurt în revistă dificultățile de socializare comportamentală cu risc de psihopatie la vârsta adultă. În continuare sunt prezentate rezultatele obținute prin investigarea unui lot de sociopați selectați din cazuistica noastră (13,4%) din penitenciar:

- Se conchide că mediul de înclaustrare este un mediu nefavorabil pentru aceste dizarmonii de personalitate al căror efect este frecvent conduita de stigmatizare şi etichetare. Investigațiile psihometrice ale acestui lot de psihopați evidențiază funcții cognitive de nivel mediu, capacitate redusă la mediul de inclaustrare, indice de conformitate la grup subnormal, structuri psihonevrotice latente cu tendințe impulsive şi antisociale predominente în psihopatiile impulsive şi instabile la chestionarul W-M.

Testul Luscher a evidențiat o activitate expansivă cu senzualitate exacerbată, egocentrism, supraestimare proprie şi sete de aventură.

Testul Szondi a relevat pulsiunile paroxistice instinctuale cu toate consecințele lor, iar testul psihografic a scos în evidență trăsături primitive de comportament, opoziționism, impulsivitate şi instabilitate.



Scanned with OKEN Scanner

- Studiul de Folow-up a urmărit conduita acestor subiecți încă din vârsta minoratului constatându-se o evoluție aproape inevitabilă a tulburărilor de comportament din copilărie către delincvența vârstei adulte.

**Bibliografie selectivă**


1. *Bogdan T.*- M.A.I. Direcția generală a penitenciarelor. Studii-documente. Acte normative privind activitatea din penitenciare, Bucureşti, 1972;
2. *Banciu P. Dan, Rrădulescu M., Voicu M.*: Introducere în sociologia devianței, Editura ştiințifică şi enciclopedică, Bucureşti, 1939;
3. *Brânzei P., Scipcaru Gh., T. Pirozynski*: Comportamentul aberant în relațiile cu mediul, Editura Junimea, Bucureşti, 1976;
4. *Canerar J. O. , Bradie M.K.*: Signs and symptoms in psychiatry, J.B. Leppincott Comp. 1983;
5. *Pirozynski T.*: Asistența psihiatrică a cazurilor cu comportament patologic, modalități şi perspective (din vol. "Asistența psihiatrică a cazurilor cu risc comportamental patologic" sub red. T. Pirozynski, Clinica de Psihiatrie I.M.F. Iaşi, 1982)
6. *Pirozynski T.*: Manual de psihiatrie, I.M.F. Iaşi, 1991;
7. *Scripcaru Gh.*: Medicina legală. Editura didactică şi pedagogică R.A. Bucureşti, 1993;
8. *Tredgold, R.F. Wolfs*: Psychopatie, disorder of pathological personality, Ec. Dock Worth Gloncester Presant, London, 1975;
9. *Vlad Nicolae*: Teză de doctorat, 1994;
10. *xxx*: D.S.M. III
11. *xxx*: D.S.M. III, 1980.


Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 5

# DECRETUL 313/1980
# ŞI
# ALTE STRINGENŢE

Scanned with OKEN Scanner

# PROIECTUL LEGII PRIVIND ASISTENȚA PSIHIATRICĂ OBLIGATORIE ŞI PROTECȚIA PERSOANELOR CU TULBURĂRI MINTALE (x)

Dr. CI LOUZOUN, Şef de lucrări Dr. D.PRELIPCEANU,
Conf. Dr. C.OANCEA, Dr. G. COŞA, Dr. V. ȚUCULESCU,
Dr. L. ALEXANDRESCU, Dr. NANDA ARVAY, Dr. A. TOTÂLCĂ
Clinica de Psihiatrie Bucureşti

**Art.1 a)** Asistența medicală psihiatrică se aplică în condițiile respectării *DREPTURILOR OMULUI*, a drepturilor şi obligațiilor constituționale, cu garantarea aplicării tratamentelor medicale care exclud abuzul, discrimarea şi încălcarea demnității omului.

**b)** Asistența bolnavilor psihici necesită acțiuni de prevenție, diagnostic, tratament, recuperare şi îngrijire medicală menite să diminueze riscul apariției bolii sau manifestărilor ei, să redea sănătatea şi să favorizeze readaptarea şi reinserția socială.

Spitalele de psihiatrie, secțiile de psihiatrie din spitalele cu profil general, unitățile ambulatorii şi semiambulatorii, serviciile comunitare sunt obligate să asigure toate condițiile necesare îndeplinirii la timp şi în bune condiții a acestor activități.

**c)** Administrația locală de stat prin organismele competente asigură integrarea sau reintegrarea în activități profesionale corespunzătoare stării de sănătate şi capacității de reinserție socială şi profesională a bolnavilor şi handicapaților psihici.

**Art.2** Persoana suferindă de tulburări psihice (numite aici "*bolnavul psihic*") se poate interna la propria sa cerere sau cu consimțământul său (situație denumită în prezenta lege "*internare voluntară*"). Ea dispune de aceleaşi drepturi legate de exercitarea libertăților individuale ca acelea recunoscute bolnavilor spitalizați (internați) pentru afecțiuni care nu sunt de natură psihică.

**Art.3** Un bolnav psihic sau o persoană care prin comportamentul său sugerează existența unor tulburări psihice poate fi evaluată în vederea eventualei internări obligatorii atunci când:

**a)** Starea sa psihică este de o gravitate deosebită punând în pericol propria viață, siguranța sa sau a celor din jur, a valorilor materiale sau culturale, private sau publice sau deranjează grav şi în mod repetat liniştea şi ordinea publică.

---

(x) Proiectul a fost elaborat în dec.1991-febr.1992 şi avizat de Ministerul Sănătății, Justiției, Procuratura Generală şi Ministerul de Interne. Nu a fost însă înaintat, până în prezent, Parlamentului.



Scanned with OKEN Scanner

b) Datorită stării sale psihice nu poate să aprecieze corect oportunitatea tratamentului medical adecvat şi măsurilor ce se impun pentru protecţia sa sau se opune acestora.

c) Datorită gravităţii tulburărilor sale psihice ar avea o evoluţie nefavorabilă sau nu ar beneficia de tratament adecvat în absenţa internării obligatorii.

**Art.4** Internarea obligatorie constituie o măsură terapeutică psihiatrică de urgenţă. Ea nu se decide decât după ce toate intervenţiile sau măsurile adecvate şi mai puţin restrictive au fost epuizate.

**Art.5** Transportul la spital al persoanelor aflate într-una din situaţiile enumerate la art.3 se va face de către serviciul teritorial al Salvării sau atunci când este cazul, cu concursul autorităţilor administrative în condiţiile respectării tuturor măsurilor posibile de siguranţă şi prezervare a integrităţii fizice şi demnităţii persoanei.

**Art.6** Aprecierea oportunităţii internării obligatorii se va face prin intermediul serviciului de gardă al unităţii sanitare de profil:

a) Pe baza unui bilet de trimitere emis de un medic care să cuprindă, pe lângă datele personale ale bolnavului, descrierea circumstanţelor în care a apărut situaţia care ar necesita trimiterea şi menţiunea expresă a solicitării acestei forme de internare.

b) În urma unei solicitări scrise din partea unui terţ care a luat cunoştinţă nemijlocit de situaţia respectivă. Această cerere va conţine numele şi adresa solicitantului, calitatea sa, numărul şi seria actului de identitate precum şi numele, adresa bolnavului psihic şi descrierea faptelor.

c) Ca urmare a solicitării scrise din partea autorităţii administrative locale, în care să se menţioneze de asemenea toate datele specificate la lit.b a prezentului articol.

**Art.7** a) În momentul aducerii bolnavului medicul de gardă va aprecia oportunitatea internării în funcţie de starea bolnavului, de solicitările şi informaţiile persoanelor care l-au trimis.

b) Medicul de gardă este obligat ca în cel mult 24 de ore să informeze telefonic procurorul teritorial despre internarea bolnavului.

**Art.8** a) Instituirea măsurii medicale a internării obligatorii se face pe baza documentaţiei medicale. Documentaia medicală va cuprinde:

- înscrisurile care au stat la baza internării



Scanned with OKEN Scanner

- avizul medical întocmit în mod separat de către 2 medici psihiatri, acolo unde este posibil din afara unității (secției) în care va fi îngrijit bolnavul, aviz care va specifica diagnosticul, recomandarea tratamentului obligator precum şi unitatea sanitară în care se va desfăşura tratamentul.

**b)** Direcțiile sanitare județene şi a Municipiului Bucureşti vor stabili în termen de ..... de la promulgarea prezentei legi, unitățile spitaliceşti din teritoriu cu competențe profesionale pentru desfăşurarea tratamentului medical obligatoriu. În cazul în care unitatea desemnată este alta decât cea în care se găseşte bolnavul, acesta va fi transferat atunci când starea sa o permite în unitatea desemnată asigurându-se transportul, în condiții de siguranță, de către Direcția Sanitară de care depinde unitatea care l-a internat.

**Art.9** Decizia de internare în vederea tratamentului medical obligator, implicațiile ei şi dreptul bolnavului de a face recurs vor fi comunicate în scris, în termen de 24 ore, tuturor părților interesate (bolnav, familie sau reprezentanții săi legali, unitatea spitalicească în care va fi tratat bolnavul dacă aceasta este alta decât cea care l-a internat).

De asemenea va fi informată în acelaşi interval de timp procuratura teritorială.

**Art.10 a)** Bolnavul, familia acestuia sau reprezentanții săi legali, au dreptul să solicite consultul suplimentar al unui alt medic specialist, la alegere, atunci când se îndoiesc de corectitudinea internării obligatorii.

**b)** Când bolnavul face plângere împotriva deciziei internării medicale obligatorii, procurorul va soluționa plângerea cu asistarea bolnavului de către un avocat ales sau desemnat din oficiu.

**c)** Contestațiile împotriva măsurii internării obligatorii şi a soluției date de procuror cu ocazia rezolvării plângerii, se vor judeca de către instanța judecătorească teritorială de care depinde unitatea în care se află internat bolnavul, cu participarea procurorului. Instanța judecătorească va cere unității documentația necesară soluționării cauzei. Cu această ocazie bolnavul va fi audiat direct de către judecător atunci când starea sa o permite. Când aceasta nu este posibil, completul de judecată se va deplasa în unitatea unde este internat bolnavul, pentru audieri.

**Art.11** Odată instituită internarea obligatorie bolnavul va fi reexaminat medical periodic în vederea eventualei schimbări a regimului de internare, după cum urmează:

- în prima luna la interval de 15 zile



Scanned with OKEN Scanner

- apoi la fiecare 6 luni, bolnavul are însă dreptul de apel oricând.

Reexaminarea va fi făcută de doi medici psihiatri numiți de directorul unității care să fie, acolo unde este posibil, alții decât cei care au avizat inițial internarea.

În afara acestor termene revizia poate avea loc şi la solicitarea medicului curant sau a persoanelor specificate la art.10, lit.a. În urma acestor revizuiri se va stabili menținerea sau încetarea internării obligatorii.

**Art.12 a)** Bolnavul psihic internat obligatoriu va fi tratat în condiții similare celor în care sunt îngrijiți ceilalți bolnavi din unitatea respectivă.

**b)** Tratamentul nu va include metode, medicamente sau proceduri care nu sunt validate şi utilizate în mod direct sau care ar putea implica riscuri serioase de lezare psihică sau fizică. În cazul în care totuşi o metodă terapeutică deosebită este indicată nu va fi aplicată decât dacă medicul o consideră indispensabilă şi dacă pacientul, informat corect, consimte în scris la aceasta. În situația în care bolnavul nu poate să înțeleagă sau să-şi exprime în cunoştință de cauză opțiunea, medicul se va adresa familiei sau după caz rudelor sau reprezentanților săi legali.

**c)** Se interzice implicarea bolnavului internat obligatoriu în studiile clinice ale unor produse sau tehnici medicale.

**Art.13 a)** Restricțiile libertății individuale ale pacientului trebuie să fie limitate la cele impuse de starea sa de sănătate şi de eficiența tratamentului. Nu pot fi supuse nici unei restricții:

- dreptul pacientului de a comunica potrivit dorințelor sale cu orice autoritate împuternicită cu competențe legate de situația sa, cu membrii familiei, cu avocatul;
- de a trimite şi primi scrisori şi utiliza telefonul;
- de a avea acces la presă, publicații, cărți şi alte materiale de interes documentar, personal sau general;
- de a-şi exercita dreptul la vot, dreptul la exercitarea liberă a credințelor religioase;

**b)** Bolnavul internat oblgator are dreptul de a fi informat asupra regulamentului de funcționare a unității spitaliceşti în care se află internat.

**c)** Internarea obligatorie nu constituie o cauză de restrângere a capacității juridice a bolnavului.



Scanned with OKEN Scanner

**Art.14 a)** Necesitatea internării obligatorii încetează când starea psihică a bolnavului permite reintegrarea în comunitate.

**b)** Încetarea internării obligatorii se decide când:

- starea psihică a bolnavului constatată de către 2 medici psihiatri, atunci când este posibil alții decât cei care au decis internarea, la solicitarea medicului curant avizată de directorul unității, o permite.

**c)** Încetarea internării obligatorii poate avea loc la cererea procurorului în condițiile art.10 lit.b.

**d)** Încetarea intrenării obligatorii poate avea loc şi în urma unei hotărâri judecătoreşti rămasă definitivă.

**e)** Terminarea internării obligatorii nu implică neapărat încetarea tratamentului care poate continua cu acordul bolnavului.

**f)** Decizia încetării internării obligatorii va fi comunicată în scris persoanelor enumerate la art.10 şi serviciilor de sănătate locală.

**Art.15 a)** Pe durata internării obligatorii protecția intereselor materiale ale bolnavului va fi exercitată de către familie, rude sau reprezentanții legali ai bolnavului.

**b)** Când starea bolnavului necesită prelungirea internării obligatorii peste 90 zile, situația profesională va fi soluționată în conformitate cu legislația în vigoare.

**Art.16 a)** În scopul realizării unei inserții sociale, familiale, profesionale și a prevenirii consecințelor negative ale spitalizării prelungite, persoanele supuse internării obligatorii pot beneficia de învoiri de probă recomandate de medicul de salon şi cu avizul directorului (şefului) unității (secției) spitaliceşti. Pe durata acestor învoiri care nu trebuie să depăşească 7 zile şi pot fi reînnoite, după o scurtă şedere în spital pentru reevaluare, pacientul va rămâne în supraveghere medicală de specialitate.

**b)** Vor fi înştiințate de învoirea de probă persoanele enumerate la art.10, precum şi medicul generalist al circumscripției sanitare teritoriale.

**c)** Orice modificare notabilă a stării psihice a bolnavului care va necesita întreruperea învoirii de probă va duce la anularea acesteia şi la respitalizarea bolnavului.

**d)** În situația în care bolnavul părăseşte neautorizat spitalul, nu se mai întoarce din învoire sau în situația specificată la lit.c a prezentului articol, reluarea internării se va face în condițiile prevăzute la art.5.

**Art.17** Prevederile prezentei legi se completează în mod corespunzător cu dispozițiile codului de procedură civilă.



Scanned with OKEN Scanner

**Art.18** Nerespectarea dispozițiilor prezentei legi atrage după sine răspundere administrativă, civilă sau penală în conformitate cu legislația în vigoare, iar pentru medici răspunderea în conformitate cu statutul *ORDINULUI MEDICILOR*.

**Art.19 a)** Bolnavii internați conform *Decretului 313/1980 PRIVIND ASISTENȚA BOLNAVILIR PSIHICI PERICULOȘI* vor fi supuși reexaminării în conform cu dispozițiile prezentei legi.

**b)** Bolnavilor aflați sub prevederile *Decretului 313/1980 privind asistența bolnavilor psihici periculoşi în ambulator* li se suspendă această măsură.

**Art.20** Ministerul Sănătății va face anual în prezența organelor interesate o analiză asupra modului în care se aplică dispozițiile acestei legi.

**Art.21** Dispozițiile *Decretului 313/1980 privind asistența bolnavilor psihici periculoşi*, precum şi alte dispoziții contrare prezentei legi, se abrogă.

## ASUPRA RECONSIDERĂRII DECRETULUI 313/1980

Prof. Dr. T. UDRIŞTOIU, Conf. Dr. D.MARINESCU, Dr. G.C.MIHĂESCU
Clinica de Psihiatrie Craiova

De la început trebuie să ne exprimăm dezacordul cu această măsură pseudo-juridică, întrucât nu conferă bazele obiective necesare măsurilor de protecție, nici pentru bolnavul psihic, nici pentru societate şi expune psihiatrul la riscuri juridice.

Reamintim că majoritatea cazurilor litigioase privind "*drepturile omului*", după Decembrie 1989, s-au adresat măsurilor de internare obligatorie efectuate în baza acestui Decret.

Menținerea unor puncte de vedere similare va trebui să beneficieze de o elaborare competentă, exprimându-ne în această direcție următoarele opinii ce precizează dificultățile unui asemenea act legislativ:

**A.** Aprecierea reală a potențialului de periculozitate a bolnavului psihic, având în vedere şi "*mitologia periculozității*" bolii psihice, intens mediatizate, dar în discrepanță cu realitatea ce demonstrează statistic că incidența infracțiunilor grave este mult mai frecventă la restul populației.



Scanned with OKEN Scanner

**B**. Relațiile interpersonale de micro şi macro grup ale bolnavului psihic sunt perturbate nu atât de prezența bolii, cât de atitudini greşite ale persoanelor ce vin în contact cu bolnavii.

*Gottfried* 1993, remarcă frecvența semnificativ crescută a recăderilor în primul an după primul episod de boală, la schizofrenii cu familii patogene (hiperemotive).

De altfel, într-o lucrare anterioară am prezentat importanța anxietății în declanşarea unor acte infracționale. Anxietatea primară generată de boală, este dublată de anxietatea secundară şi "*în oglindă*" din partea anturajului, creându-se o cascadă de trăiri negative; bolnavul manifestă o exarcerbare a anxietății față de atitudinea "*constrictivă*" a anturajului, iar anturajul creşte nivelul de anxietate interrelațional prin atitudini greşite.

Susținem ipoteza că, fără mobilizarea anxioasă, pulsiunile agresive generate de boală şi de perturbarea relațiilor interpersonale, nu pot străbate drumul de la abisurile inconştientului la realitatea obiectivă.

Se evidențiază astfel, la bolnavii psihici cu manifestări agresive o anxietate primară (necondiționată) şi o anxietate secundară (condiționată), aceasta generând anxietatea "*în ecou*" la persoanele din familie, sau anturaj.

Cele trei variante ale anxietății se interinfluențează, perturbând o dată în plus, relațiile interpersonale şi comunicarea.

Dacă anxietatea primară joacă un rol deosebit în cadrul infracțiunilor comise de bolnavi la care afecțiunea debutează medico-legal, în celelalte cazuri anxietatea secundară şi în ecou declanşează infracțiunea în condiții favorizante şi potențate de următoarele situații:

- evoluția îndelungată a bolii;
- prezența tabloului clinic paranoid;
- refuzul constant al medicației de întreținere şi opoziția vehementă la internare din partea bolnavului;
- familie hiperautoritară ce prezintă bolnavului mijloacele terapeutice ca şi mijloace punitive;
- Convieţuirea îndelungată în relativă izolare socială a cuplului bolnav - victimă.

**C**. Lipsa unor criterii obiective de apreciere a potențialului antisocial real, în cele mai multe cazuri din experiența noastră fiind vorba fie de bolnavi psihici, fie de persoane cu tendință agresivă şi consum de alcool ce sunt "*incomode*" pentru familie sau microgrupul social.

Lipsa unei protecții sociale reale pentru bolnavii psihici, alcoolici sau persoane defavorizate (deficite cognitive, vârstă înaintată etc.) ca şi lipsa unor programe complexe de asistență psihiatrică bazată pe



Scanned with OKEN Scanner

intervenția în criză dar şi pe măsuri de asistență comunitară şi nivele de recuperabilitate progresivă, cresc gradul de subiectivitate în aprecierea potențialității antisociale.

În acest sens precizăm că încă din 1990 am elaborat un program complex de asistență pentru bolnavii psihici la nivelul județului Dolj, care în ciuda avizării favorabile şi a agrementării din partea Ministerului Sănătății, nici până în momentul actual nu a demarat.

D. Necesitatea diferențierii reale între aspectele sociale ale potențialului infractogen şi aspectele psihiatrice propriu-zise.

În virtutea celor expuse considerăm că internarea obligatorie a unei persoane trebuie să fie o competență a organului de justiție ce are posibilitatea analizei obiective a situației în cauză. Această internare trebuie precedată de expertiză medico-legală psihiatrică şi numai în situația abolirii discernământului, internarea poate fi obligatorie.

În situația bolnavilor cu antecedente psihiatrice, discernământ abolit şi potențial antisocial, trebuie instituită tutela pentru protejarea intereselor bolnavului psihic.

E. Peudourgențele psihiatrice constituie o altă dificilă problemă etică în practica psihiatrică.

Responsabilitatea medicului psihiatru în situații de urgență rezultă în principal din diferențierea oportună între urgența reală şi pseudourgențele psihiatrice.

De la început trebuie să precizăm că atitudinea noastră este de a considera urgență psihiatrică şi internarea în afara voinței bolnavului numai în următoarele situații:

- stări şi sindroame confuzionale;
- comportament suicidiar.

În afara acestor două categorii sindromologice, restul aspectelor sunt considerate pseudourgențe.

Problematica comportamentului suicidar este legată, pe de o parte de asistența de specialitate impune internare şi tratament, şi pe de altă parte de evoluția ulterioară. Creşterea alarmantă a frecvenței comportamentului suicidar impune crearea unor centre de criză, linii telefonice specializate pentru ajutor psihologic, ca şi urmărirea acestor bolnavi într-o modalitate managerială bine conturată, întrucât factorii circumstanțiali (sociali, psihotraumatici etc.) sunt primordiali în creşterea riscului suicidar. Această perspectivă este susținută de statisticile studiilor catamnestice pe pung termen, efectuate în Clinica noastră pe bolnavii cu depresii endogene, în care suicidul realizat a fost prezent la peste o treime din lotul total, chiar în condițiile unei dispensarizări şi a unei medicații antidepresive corespunzătoare.



Scanned with OKEN Scanner

Lipsa mijloacelor specifice de asistență psihoprofilactică în cazul comportamentului suicidar recurent asociat cu bulversarea raporturilor interpersonale şi a statutului social, fac ca suicidul să devină o problemă "*de sănătate publică*" în care, alături de psihiatru trebuie să fie implicați și ceilalți factori sociali, economici etc.

Opiniem pentru diferențierea asistenței psihiatrice de urgență în cel puțin trei direcții:

**1.** Crearea unor secții de psihiatrie la nivelul Spitalului de medicină generală care să acorde asistență bolnavilor cu interferențe psihotice survenite în cadrul bolilor somatice (vezi Patologia de sevraj, Psihozele infecțioase etc.).

**2.** Crearea unor centre de asistență "*în criză*" ce pot fi unități mobile sau sectoare separate de clinica psihiatrică propriu-zisă.

**3.** Secția de urgență din clinica psihiatrică va acorda asistență bolnavilor cunoscuți reacutizați, sau urgențelor psihiatrice.

Considerăm că măsura internării obligatorii a bolnavului psihic în scopul prevenirii unor eventuale acte antisociale, trebuie să fie aplicată sub un cadru legislativ bine delimitat, iar hotărârea internării trebuie să facă obiectul unei Ordonanțe judiciare.

Opiniem ca anterior Ordonanței, să fie efectuată obligatoriu expertiza medico-legală psihiatrică, măsura internării impunându-se numai în situația abolirii discernământului. În celelalte situații impunându-se măsurile legale competente.

## DIAGRAMA BOLNAVILOR PSIHICI ÎNCADRAȚI ÎN DECRETUL 313/80 AFLAȚI ÎN EVIDENȚA L.S.M. ORADEA

Dr. TATIANA IRIMESCU,
As.social DORINA DRAGU, As.med. ADRIANA MADOR
Spitalul de Neurologie şi Psihiatrie Oradea

Este unanim acceptat faptul că bolnavul psihic este o persoană cu vulnerabilitate crescută, deci expus în mai mare măsură diverselor riscuri. De asemenea termenului de boală psihică i se asociază foarte frecvent, aproape automat, cel de periculozitate. Rezultă deci necesitatea instituirii unei protecții cu dublu sens, reprezentată în principal de tratament ca măsură de siguranță de bază.

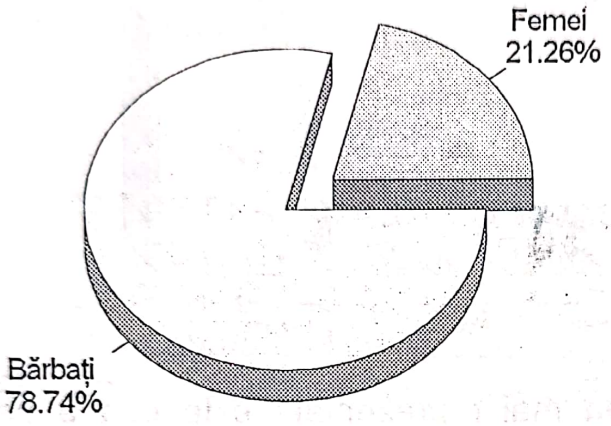
În sensul celor prezentate anterior ne-am propus o evaluare a bolnavilor psihici încadrați în Decretul 313/80, aflați în evidența L.S.M. Oradea în prima jumătate a lunii mai 1996, cu domiciliul în mediu urban



Scanned with OKEN Scanner

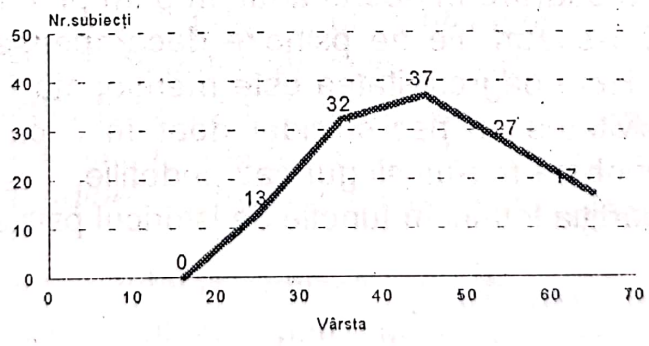
În lotul format din 127 subiecți s-au urmărit parametrii referitori la: sex, grupe de vârstă, grad de şcolarizare, statut marital, diagnostic, motivele încadrării în decret, vechimea existenței în evidența psihiatrică.

Grafic nr.1: Structura lotului pe sexe




La o primă privire s-a evidențiat în mod pregnant predominența sexului masculin 78,74%.

Graficul nr.2: Repartiția lotul pe grupe de vârstă




Structura pe grupe de vârstă indică o aglomerare maximă a persoanelor mature, active - grupa de vârstă 40-50 ani reprezentată de 37 subiecți (29%), şi grupa de vârstă 30-40 ani - 32 subiecți (25%), cu descreştere lentă pre vârsta a treia şi bruscă sub vârsta de 30 ani.

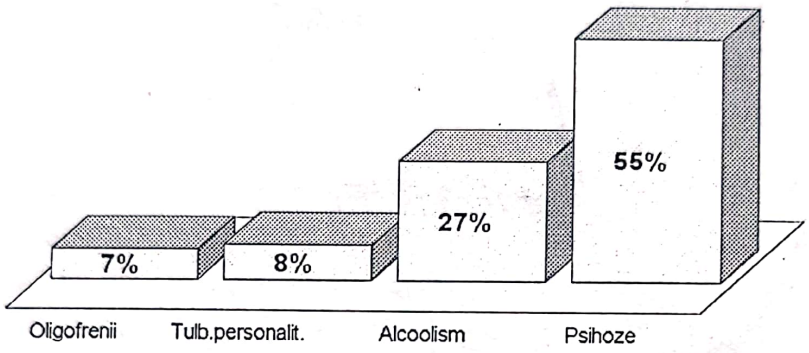
După gradul de şcolarozare, domină net (75%) absolvenții de şcoli generale (8-10 clase) cu diverse calificări la locul de muncă sau şcoli profesionale.



Scanned with OKEN Scanner

Starea civilă nu pare să influenţeze semnificativ prezenţa în acest grup, cei cu familii aparent stabile reprezentând 45% în raport cu cei necăsătoriţi, divorţaţi, văduvi sau trăind în concubinaj.

Graficul nr.3: Structura lotului pe grupe de afecţiuni

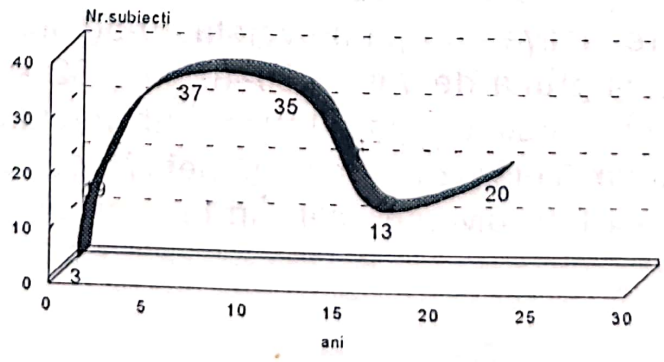



Grupa nozologică cea mai reprezentată este cea a psihozelor (55%), urmând alcoolismul primar (27%), tulburările de personalitate (8%), oligofreniile (7%). În mod suprinzător comiţialitatea este reprezentată de un singur caz.

Merită menţionată prezenţa alcoolismului secundar asociată psihozelor, psihopatiilor şi chiar oligofreniei, consumul de alcool fiind menţionat în 53 de cazuri din 127.

Motivele de încadrare în decret aduc în prim plan comportamentul agresiv în 70% din cazuri, fie de psihoze decompensate sau consum abuziv de alcool. Heteroagresivitatea este menţionată în 86 din 127 de cazuri, autoagresivitatea cu risc suicidar doar în 3 cazuri, agresiunea sexuală este menţionată într-un singur caz-pedofilie.

Graficul nr.4: Repartiţia lotului în funcţie de istoricul psihiatric






Scanned with OKEN Scanner

Vechimea intrării în circuitul psihiatric evidențiază o creştere a încadrărilor în decret după 5 ani de evoluție psihiatrică cu maximum între 5 şi 15 ani, proporții sensibil egale între 5 şi 10 ani (37 cazuri) şi 10 şi 15 ani (35 cazuri).

În concluzie subiecții încadrați în decretul 313/80 sunt în majoritate persoane se dex masculin partinând grupei de vârstă activă, în principal din categoria psihozelor, după o evoluție psihiatrică de 5-15 ani. De menționat frecvemța semnificativă a alcoolismului, fie ca entitate nozologică, fie ca alcoolism secundar.

## TIP DE PERSONALITATE "*MALIGNĂ*" CU POTENȚIAL DELICTUAL RIDICAT

Dr. G. MIHALACHE(1), Dr. H. ARDELEAN(2)
(1) - Laboratorul de Medicnă Legală Oradea
(2) - Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea

Cu ocazia expertizelor medico-legale psihiatrice în fața comisiei sunt prezentați autori ai unor fapte antisociale, uneori grave (tâlhării, omoruri). În multe dintre aceste cazuri, autorii acestor fapte sunt pentru prima dată în impact cu legea penală şi de asemenea, pot fi pentru prima dată în fața unei comisii, neavând antecedente medicale psihiatrice. Cel mai adesea, în finalul expertizei medico-legale psihiatrice, formulăm concluzii de genul: "*Subiectul expertizat nu suferă de boală psihică. Discernământul său este păstrat*".

La aceste cazuri, facem când se impune, aprecieri asupra tipului de personalitate căruia îi aparțin subiecții pentru ca aceştia să beneficieze de o "*imagine*" a structurii lor psihice în fața celor chemați să-i judece.

Cu acst prilej am întâlnit subiecți care frapau printr-o structură afectivă aparte, caracterizată prin sărăcia afectelor, emoțiilor, sentimentelor şi pasiunilor.

Conduitele afective exprimă nevoia de legătură cu realul şi cu semenii, fiind premisa atitudinilor şi relațiilor interumane. Sărăcia, respectiv precaritatea acestor componente ale psihicului uman nu pot duce decât la existența unor persoane cu un gen de personalitate pe care l-am denumit "*malign*", în sensul că aceste persoane sunt cele care pot efectua fapte antisociale foarte grave, omoruri de regulă, cu o motivație adesea insignificantă.

**Exemplu**: Opinia publică orădeană a fost şocată de cele două crime petrecute într-un interval de timp scurt, victimele fiind doi şoferi



Scanned with OKEN Scanner

taximetriști. Aceste două crime aveau unele elemente comune: autorii nu cunoșteau pe viitoarele victime, iar motivația comiterii infracțiunilor a fost mică - furtul banilor pe care se presupunea că-i aveau victimele.

Cei cinci autori (doi la prima crimă, respectiv trei la a doua crimă) sunt persoane care nu suferă de boală psihică. Datorită gravității deosebite a faptelor comise, cei cinci autori au fost expertizați psihiatric, când s-au efectuat examene psihologice amănunțite, iar examenul psihic îndelungat și aprofundat a încercat să releve toate aspectele, eventual patologice ce țineau de personalitatea indivizilor. La toate aceste cazuri dezvoltarea funcțiilor psihice era în limite normale, coeficientul de inteligență varia între 80 și 105, iar pe prim plan al personalității se afla răceala afectivă și precaritatea până la inexistență a noțiunilor etico-morale.

Astfel de structuri de personalitate au fost etichetate în general, în categoria "*moral insanity*" - termen lansat încă din 1835 de Prichard. Față de tipologia acestui gen de personalitate observația noastră este că la cazurile relatate nu am avut de-a face cu persoane debile din punct de vedere mental (oligofreni) ci cu peroane al căror defect este tocmai în nucleul cel mai intim al structurii caracteriale.

Rămâne de stabilit, totuși, dacă acest defect de personalitate provine din incapacitatea unor persoane de a se raporta la un sistem de referințe etico-morale apreciat unanim ca pozitiv, sau dintr-o eventuală structură nucleară a persoanelor în cauză.

## CONSIDERAȚII ASUPRA NECESITĂȚII REVIZUIRII BAREMULUI PENTRU CONDUCERE AUTO ÎN CONFORMITATE CU CRITERIILE DE DIAGNOSTIC DIN D.S.M. III.R ȘI CLASIFICAȚIA INTERNAȚIONALĂ A MALADIILOR - EDIȚIA X-A DIN 1994

Dr. O. LAZA (1), Col. Ing. R. ȘIPOȘ (2)
(1) - Spitalul Clinic de Neurologie și Psihiatrie Oradea
(2) - Inspectoratul de Poliție Bihor

Printre problemele cu care se întâlnește tot mai frecvent psihiatria contemporană se numără și cea privind aprecierea capacității de conducere auto.

Psihiatria legală în sensul larg se ocupă și de normele privind capacitatea de conducere auto.

Problema capacității de conducere auto poate apare în majoritatea tulburărilor psihice în special în tulburări mintale majore.



Scanned with OKEN Scanner

Şofatul periculos poate decurge din înclinaţii suicidare sau dezinhibiţie maniacală. Şofatul agresiv sau panicat poate rezulta din idei delirante de persecuţie, iar şofatul indecis în stările de deterioare psihică.

Concentrarea asupra conducerii auto poate fi scăzută în anxietate severă sau în tulburări depresive. Problema capacităţii de conducere auto se ridică şi în legătură cu medicamentele psihotrope în special cele care afectează concentrarea sau coordonarea motorie.

Psihiatrul chemat a se pronunţa asupra capacităţii de conducere auto va lua în considerare orice condiţie medicală sau tratament psihiatric ce poate produce pierderea controlului, scăderea percepţiei sau a comprehensiunii, judecăţii, concentrării, afectarea funcţiilor motorii necesare conducerii unui autovehicul.

La noi în ţară aceste reglementări sunt cuprinse în *Anexa nr.4* la *Ordinul nr.57/2075/22.02.1983* ca *Măsuri ce trebuiesc luate de organele sanitare şi de Poliţie în scopul prevenirii accidentelor de circulaţie generate de cauze medicale*, iar Baremul bolilor psihice conform *Normelor privind examinarea medicală a conducătorilor de autovehicule şi a persoanelor care doresc să obţină permis de conducere* în *Anexa I* din Ordinul anterior, şi cuprinde:

1. Psihozele periodice procesuale sau cronice (psihoza maniaco-depresivă, schizofrenie, deliruri cronice, parafrenice şi paranoice) chiar în perioada de remisiune;
2. Psihoze organice cronice (toxice, infecţioase, traumatice);
3. Demenţe de orice etiologie;
4. Oligofrenii (idioţia, imbecilitatea, debilitatea mintală);
5. Nevrozele obsesivo-fobice, nevroza mixtă, isteria;
6. Alcoolismul cronic;
7. Psihopatii şi stări psihopatoide impulsive, cverulente, paranoice, psihastenice, instabil-afective;
8. Toxicomanii;
9. Epilepsia (toate formele cronice);
10. Bolnavii psihici remişi care se află sub tratament de întreţinere cu substanţe psihotrope (cu excepţia medicamentelor cu specificaţia că "*pot fi folosite şi de conducătorii de autovehicule*");
11. Persoane clasate "*inapt*" serviciului militar.

Din compararea formulărilor diagnosticelor publicate în anul 1983 şi Clasificarea Internaţională a bolilor ediţia X-a din 1994, vom constata că doar două puncte mai corespund cu noile formulări - celelalte având formulări complet diferite ceea ce predispune la interpretări greşite şi confuzii.

Menţionăm doar două puncte care nici nu se mai întâlnesc cu aceste formulări în C.I.M. X:



Scanned with OKEN Scanner

- Alcoolismul cronic : toxicomaniile
- Psihopatiile şi stările psihopatoide.

Primului îi corespunde în C.I.M. X codul *306 - Tulburări psihice datorite consumului de alcool*, cu încă 8 coduri; iar pentru toxicomanii are la capitolul *Tulburări psihice datorite folosirii substanţelor psihoactive* codurile *307 - 311* cu 9 diagnostice.

Psihopatiile şi stările psihopatoide se regăsesc în două capitole din CIM X:

- Tulburările personalităţii şi a comportamentului adult.F.07
- Tulburările psihice datorite unor leziuni, disfuncţii cerebrale sau boli somatice F.06.

Menţionăm că la codul F.07 Tulburarea organică a personalităţii corespunde cu Stările psihopatoide.

Comparând acest barem cu criteriile de diagnostic din D.S.M. III R. constatăm deasemeni că nu mai corespund nici cu acestea.

Considerăm necesară revizuirea prezentului barem şi elaborarea unui nou barem în conformitate cu Clasificaţia Internaţională a maladiilor ediţia X/1994 pentru a evita unele interpretări şi greşeli ce ar putea avea efecte nedorite atât pentru participanţii la traficul rutier prin riscul unor accidente cauzate de o tulburare psihică, cât şi pentru a nu se crea greutăţi în obţinerea permisului de conducere unor persoane care au avut tulburări psihice trecătoare în cursul vieţii.

## NECESITĂŢI DE PROTECŢIE SOCIALĂ ŞI JURIDICĂ A PSIHIATRULUI, PSIHOLOGULUI MEDICAL, CADRELOR MEDII ŞI AUXILIARE DIN REŢEAUA DE PSIHIATRIE

Dr. H. ARDELEAN, Dr. ADRIANA BELBA, Psih. ILEANA COLCERIU,
Dr. G. CORNUŢIU, Dr. Gh. COZARI, Dr. MARGARETA CZIRA,
Dr. C. JAMBOR, Dr. TATIANA IRIMESCU, Dr. O. LAZA,
Psih. EMOKE KISS, Dr. Cr. MADAŞ, Dr. ADELA MESAROŞ,
Dr. RODICA MUNTEANU, Dr. Gh. OROS, Dr. NICOLETA TĂTARU,
Dr. I. ŞIPOŞ, Psih. N. VANDICI, Dr. V.VLĂDUŢ, Dr. DANA WEITH,
Dr. MONICA PLATON, Dr. VIOLETA POP, Dr. DOINA URSUŢA,
Dr. ANCA TUDOR, Dr. SIMONA ROŞU, Psih. CECILIA WEBER,
Psih. MIRELA VINTILĂ, Logoped ILDICO FODOR, Dr. Şt. KECSKEMETI
Spitalul Clinic de Neurologie şi Psihiatrie Oradea

### I. Specificul şi riscurile activităţii medico-psihiatrice

**1. a)** Munca în condiţii de responsabilitate unilaterală cu crescut risc de a fi interpretat greşit ori tendenţios patologic.



Scanned with OKEN Scanner

**b)** Riscul de a fi violent agresat fizic de către pacient, la internare, în gardă, pe secție sau după externarea bolnavului.

**2.** După externarea bolnavului riscul se extinde şi asupra familiei.

**3.** Consecințele morale, juridice şi materiale ale diverselor posibile sesizări patologice, reclamații, articole în presă etc. din partea pacienților psihici cu potențial revendicativ.

**4.** Presiunea psihologică în condiții de asumare totală şi unilaterală a responsabilității unei persoane pe care trebuie să o decidă psihiatrul ca expert.

**5.** Dialogul epuizant cu absurdul şi neantul psihopatologic.

**6.** Consecințele cu totul particulare ale unei eventuale (ca în orice practică umană) erori de apreciere diagnostică ceea ce generează o lipsă de înțelegere din partea publicului larg, care nu se întâlneşte în cazul altor specialități.

**7.** Necesitatea de a veni terapeutic în întâmpinarea bolnavului psihic, concomitent cu frecventul indiferentism sau chiar aversiune a bolnavilor psihici față de acte şi față de orice reglementare de tip funcționăresc.

**8.** Concomitent, psihiatrul este solicitat în afara normei sale de serviciu, în afara liberei sale opțiuni, fără a fi plătit, de a efectua servicii de strictă specialitate expertală în Expertiza medico-legală, în Comisii de încorporare, de a da avize psihiatrice pentru muncă în diverse condiții speciale, iar ca servicii plătite, pentru avizarea fişei de conducere auto şi port armă.

## II. Necesități şi întrebări

**1.** Înainte de a pune aceste întrebări trebuie să evidențiem importanța temei în discuție, şi ca exemplu vom spune că dacă la arhicunoscutul proces Ceauşescu ar fi răspuns pozitiv la întrebarea dacă suferă de vreo boală psihică, el nu ar fi putut fi împuşcat.

**2.** Unele din activitățile psihiatrului decid hotărâtor soarta unui om.

**3.** Orice activitate umană este pretabilă erorii, într-o măsură mai mare sau mai mică. Psihiatria este cea mai puțin fizicalistă dintre toate specialitățile medicale, deci încă cea mai artă, chiar dacă artă a logicii.

**4.** Dacă într-o asemenea expertiză se comite o eroare care poate avea consecințe definitive (vezi port arma), iar psihiatrului i s-ar cere despăgubiri materiale o viață întreagă sau răspundere penală, cine l-ar apăra? Nu există nici un text de lege.



Scanned with OKEN Scanner

**5.** Dacă el ajunge în pericol fizic, uneori vital față de un pacient sau fost pacient, care se fixează patologic pe el, cine îl apără? Nu există nici un text de lege referitoare la acest aspect. Din contră, dacă se va apăra cu succes, psihiatrul va putea fi acuzat de toată lumea de violență.

**6.** Dacă asupra membrilor familiei lui se fixează agresivitatea patologică a unui bolnav, cui i se poate cere protecție şi în ce sens? Nu poate preciza nimeni.

**7.** De ce obligațiile extra normă de serviciu ale psihiatrului pot fi impuse fără a fi contractuale?

**8.** De ce psihiatrul şi psihologul sunt obligați să efectuaze activități cu un asemenea grad de risc referitor la propria persoană, fără a li se plăti munca şi competența?

**9.** De ce în schemele MS spitalelor de psihiatrie nu li se prevede posibilitatea organizării, acolo unde este cazul, a unei echipe de intervenție rapidă în scop de antihetero- şi antiautoagresiv?

**10.** Cine şi cât de cunoscători, nu întrebăm obiectivi, au fost cei care au stabilit procentele de periculozitate în munca sanitară?

**11.** Dacă o asememea patologie poate fi normată pe medic, asistente şi infirmieri după acelaşi criterii cu necesitățile altor specialități medicale? Cu ce argumente?

**12.** Care ar putea fi mijloacele juridice de protecție împotriva daunelor morale şi sociale cauzate de către posibile atacuri în mijloacele de mass-media?

**13.** În vederea optimizării activității expertale psihiatrice legale propunem ca pe lângă Tribunalul județean să fie constituită o comisie de medici experți psihiatrii care să-şi desfăşoare activitatea remunerată, în afara orelor de serviciu la cererea organelor competente, exact ca celelalte corpuri de experți prevăzute de legislația română.

**14.** Prestațiile medicale psihiatrice şi psihologice la cererea MAN (care are servicii proprii) să fie remunerate.

Scanned with OKEN Scanner

## LUCRĂRI ANUNȚATE PENTRU A VII-A CONSFĂTUIRE NAȚIONALĂ DE PSIHIATRIE SOCIALĂ ȘI NEPREDATE PÂNĂ LA DATA 30.05.1996

1. **PROBLEME DE BIOETICĂ ÎN EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ**
   Prof. Dr. V.Beliş, Dr. Gabriela Costea, Dr. M.D. Gangal
   Institutul de Medicină Legală "Mina Minovici" Bucureşti
2. **CONSIDERAȚII PRIVIND VIOLENȚA PSIHICĂ LA MINORI**
   Prof. Dr. V.Beliş, Dr. Gabriela Costea, Dr. M.D. Gangal
   Institutul de Medicină Legală "Mina Minovici" Bucureşti
3. **IMPLICAȚII ŞI INTERFERENȚE ALE ÎNCADRĂRILOR ÎN ART.113-114 C.P. ŞI ALE APLICĂRII PREVEDERILOR DECRETULUI 313/1980**
   Dr. Mina Bulieris, Dr. A.Miron, Proc. I.Stanciu, Jud. I.Dincă, Proc. M.Stoica
   Călăraşi
4. **ASPECTE PRIVIND ABUZUL EXECUTAT ASUPRA COPIILOR ŞI ADOLESCENȚILOR**
   Dr. Adriana Damian, Dr. Angela Muntean, Psih. Mihaela Bucuța
   Spitalul Clinic de Psihiatrie Sibiu
5. **NEVOIA DE PROTECȚIE A MINORULUI DELICVENT**
   Proc. Viorica-Maria Damşa
   Parchetul de pe lângă Tribunalul Cluj-Napoca
6. **PARASUICIDUL - EXPRESIE A COMPORTAMENTULUI DEVIANT DIN PERSPECTIVĂ JURIDICĂ**
   Lt.col. Dr. O. Dura, Lt.col. Dr. I. Brădescu, Psih. Ligia Iernuțan
   Spitalul Militar Cluj-Napoca
7. **NECESITATEA RECONSIDERĂRII CONCEPTULUI DE DISCERNĂMÂNT ÎN EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ**
   Proc. A. Gecse-Borgovan, Proc. N. Gheorghe
   Parchetul de pe lângă Curtea de Apel Cluj-Napoca
8. **PROBLEME DE LEGISLAȚIE PSIHIATRICO-CIVILĂ**
   Dr. F. Gâldău, Dr. M. Dressler, Dr. A. Jebereanu, Dr. V. Ciobanu,
   Dr. G. Pasăre, Dr. F. Tudor, Dr. M. Gavriliță, Dr. M. Toc
   Laboratorul de Medicină Legală Timişoara
9. **STATUTUL JURIDIC AL BOLNAVULUI PSIHIC**
   Dr. F. Gâldău
   Laboratorul de Medicină Legală Timişoara
10. **ASPECTE PSIHIATRICO-JURIDICE ÎN ACTIVITATEA L.S.M. TIMIŞOARA**
    Dr. F. Gâldău, Dr. Rodica Novac, Dr. M. Nuță, Dr. Iolanda Puie,
    Dr. Aurora Jianu, Dr. Felicia Giurgi, Dr. Anca Țuculean
11. **CONTRIBUȚII LA CRITERIOLOGIA DIAGNOSTICULUI DE CEREBRASTENIE POSTTRAUMATICĂ ŞI DE SINDROM PSIHOPATOID**
    Dr. I. Hecser, Dr. V. Hădărean, Dr. I. Acs
    Laboratorul Județean de Medicină Legală Târgu-Mureş
12. **IMAGINEA BOLNAVULUI PSIHIC ÎN SOCIETATEA ROMÂNEASCĂ**
    Stud. O. Iovan, Stud. Cristina Pojoga
    Facultatea de Medicină Cluj-Napoca
13. **FAMILIA ÎN FRECVENȚA ÎNCADRĂRILOR ÎN DECRETUL 313 - STUDIU EFECTUAT PE O PERIOADĂ DE 5 ANI LA SPITALUL CLINIC DE NEUROLOGIE ŞI PSIHIATRIE ORADEA**
    Dr. Cr. Madaş, Dr. Daniela Weith, Dr. Adela Mesaroş



Scanned with OKEN Scanner

14. **OPERAȚIONALITATEA CONCEPTULUI DE DISCERNĂMÂNT "*NEFORMAT*" ÎN RAPORT CU CEL AL DISCERNĂMÂNTULUI "*ABSENT SAU ABOLIT*" ÎN EXPERTIZA MINORILOR**
Conf. Dr. T. Mircea - Timişoara

15. **POSIBILITĂȚI DE APRECIERE A CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE PRESTATE ÎN APLICAȚIILE ART. 113-114 C.P. ŞI DECR. 313/1980**
Dr. N. Olariu, Dr. S. Morar
Laboratorul Județean de Medicină Legală Sibiu

16. **EVALUAREA FACTORILOR DE STRESS SOCIAL ÎN DELICVENȚA INFANTO-JUVENILĂ**
Conf. Dr. Monica Plahteanu, Psih. Silvia Gheorghe,
Prof. Dr. C. Romanescu, Dr. C. Barabolski
Catedra de Medicină Legală Iaşi; Laboratorul de Medicină Legală Iaşi

17. **PARTICULARITĂȚI ALE EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE PSIHIATRICE A MINORILOR**
Conf. Dr. Monica Plahteanu, Psih. Silvia Gheorghe, Dr. C. Barabolski
Catedra de Medicină Legală Iaşi; Laboratorul de Medicină Legală Iaşi

18. **FACTORI PSIHOFAMILIALI IMPLICAȚI ÎN DELICVENȚA JUVENILĂ**
Dr. Viorica Seviciu - Deva

19. **PARTICULARITĂȚI PSIHOPATOLOGICE LA DELICVENȚII DIN PENITENCIAR CU DIFICULTĂȚI ADAPTATIVE**
Dr. N. Vlad - Spitalul de Psihiatrie Botoşani

20. **FACTORI SOCIOFAMILIALI IMPLICAȚI ÎN DELICVENȚA JUVENILĂ**
Dr. Violeta Pop, Dr. M[illegible]a Platon, Psih. Cecilia Weber
Spitalul Clinic de M[illegible] şi Psihiatrie Oradea

21. **LUNGUL DRUM A[illegible]*NȚELOR*" ÎN DOBÂNDIREA UNEI NOI IDENTITĂȚI A COPILULUI [illegible]ICIENT PSIHIC ABANDONAT**
As. soc. Viorica Neag, Dr. Mo[illegible]a Platon, Psih. Mirela Vintilă

Scanned with OKEN Scanner

# EPILOG

*O societate poate fi etichetată matură atunci când e conștientă de ea însăși, de nivelul ei și este aptă de a-și lua singură în mâini propriile-i probleme, de a le **da soluții**. Este o condiție necesară, dar nu și suficientă. Pentru ca satisfacerea acestei condiții să fie funcțională, trebuie în plus, ca specialiștii unor domenii specifice să aibă gradul de responsabilitate presupus pentru a elabora respectivele soluții, iar factorii de decizie să aibă gradul de responsabilitate de a ține cont de părerea specialiștilor.*

*Un rol important în definiția maturității unei societăți, dătător de ton, îl reprezintă științele antropologice, cu diversele lor unghiuri de abordare a complexității umanului. Aceste științe sunt reprezentate de către ideilor lor.*

*Ideile care au cerut drept de cuvânt și de dialog în cadrul celei de a VII-a Consfătuiri Naționale de Psihiatrie Socială evidențiază tocmai acest grad de maturitate. Remarca se referă la disciplinele prezente.*

*Deoarece fiecare grup de populație are încă și sigur va mai avea timp de generații, un pronunțat grad de specificitate etnoculturală, geografică și de moment evolutiv, o formulă panaceu înseamnă o siluire a realității, o teroare, nu diferită mult de alte terori. Se impune astfel respectarea între niște limite rezonabile a unei anume specificități și nuanțarea în funcție de aceste specificități a normelor sociale reglatoare.*

*Volumul prezent este dovada că științele antropologice românești sunt suficient de sigure pe ele, au parte de specialiști credibili și sunt capabile de a elabora soluții optime problemelor specifice pe care societatea românească actuală le ridică.*

*Ceea ce rămâne este ca factorii de decizie să fie la înălțimea intelectuală a importanței atitudinii lor. Întotdeauna specialiștii vor sprijini buna lor intenție!*

Dr. Gavril Cornutiu
medic primar
Doctor în stiinte medicale
Oradea



Scanned with OKEN Scanner

Summary of works presented
at the

# SEVENTH NATIONAL SOCIAL-PSYCHIATRY MEETING

BĂILE FELIX
19-20-21 October 1996

Lector: Susanah Collins



Scanned with OKEN Scanner

## Diagnosis and Psychiatrist' s Therapeutic Engagement

Acad. Prof. Dr. M. Lăzărescu
Psychiatric Clinic Hospital "E.Pamfil" Timişoara

The paper presents the problem of under covering and diahnosing the "social support" of the long-term psychiatric patients (patients hospitalized according to the decree no.313, or article 114 of the Criminal Law). It starts with the psychic illness classification system recently adopted by the WHO - ICD-10, Chapter V - and with the "axis doagnosis". whichconsiders:

I. The diagnosis of psychic and somatic disorders in the background of personality disorders;
II. The diagnosis of social roles competence;
III. The diagnosis of special development conditions and life styles.

A supplementary axis, it is correlated with these problems ans regards the "social support", understood from the material and social relations point of view. It is considered that, following a correct diagnosis in this field, the programs of the psychiatric therapeutic team, following a correct diagnosis in this field, the programs of the psychiatric therapeutic team become operational, in order to prepare and realize the best conditions for psychiatric patients to live and function into society.

## Probleme logico-semantice ale limbajului expertizei psihiatrico-legale

Dr. F. Gâldău, Dr. Aurora Jebereanu, Acad. Prof. Dr. M. Lăzărescu,
Prof. Dr. M. Dressler, Psih. Maria Corin, Dr. V. Ciobanu, Jurist Liliana Todor,
Psih. M. Neacşu
Laboratorul de Medicină Legală "Mina Minovici" Timişoara
Clinica de Psihiatrie "Eduard Pamfil" Timişoara

Authors say that the psychiatrico-foresie expertise is an interdisciplinary activity, which can be optimized not only by interdisciplinary supplies on the part of psychiatrists, pscychologists, legists, jurists (and social workers too) - but also by mutual knowledge of scientific paradigms and deontological norms which leads to a psycho-juridical knowledge to a interlanguage, to an extra efficiency in the administration of psychic partiens in legal impact. They make a logical-semantic analysis of this interlanguage used in the three reasonings of psychiatrico-penal expertise (the one of responsability, the one of danger and the one of curability) taking in consideration the terms imposed by juridical law and doctrine which have got, over here, operational and referential definitions, mostly, on the part of legists and psychiatrists.

## The Trimonial Neglecting-Deliquent-Justice

General of Brigade L.Cârjan
Chief Police Insp. Bihor

In a state of justice, in the area of defending human rights and applying the laws, an inportant place is owned by the policeman.

This can materialized by the insurance of some permanent relations with the publc and the behaviour that the pliceman should have on different situations.



Scanned with OKEN Scanner

Socirty's agreement with the policeman as a friend and protector has it's genesis in two motivations.

At first, it is pare's duty and other educaltional factors to imaculate in children's minds that the policeman's role isto support any person that is having troubles, not only as a public civil servant, but also as a guide, adviser and friend. And second, the policeman has to behave so that he'll be able to justify the citizens conficence that they have in him.

Starting from the appereance of the modern criminal codes, the legislators understood the preventive role that Police must own. The preventing of vriminality is conceived and it is exercise in many phases; it will be prophylactic, if it regards the deliquents and currative and therapeutical if is dealing with delinquents, in the mean of avoiding relapsing.

The efficiency of prevening activity is conditioned by the judicial, police, educational and technical measures. I think the trinom that links neglecting with deliquancy and justice has its major social impact in the field of youth crime. Normally, until the full physical, moral, emotional and rational maturity is attained, the most suitable place for the young is their home, alongside with school, in the company of their mates and in areas specially meant for relaxation. As soon as the subject goes out of beyond this environment, or belongs to it only formally, the gate that leads to deliquancy has been opened.

Youth crime could be linked with mental disturbancies, and mainly misbehaviour. Quite often, they place an equation mark between deliquancy and misbehaviour. As for us, we consider this to be a mistake, for although the two are partially overlapping, they are not identical. Many offenders show no sign of misbehaviour or phsychological derangement. Besides, a lot of those who suffer from misbehaviour do not the law still, social explanations are required, for deliquancy should be described in juridical terms forensical terms and according to the way law is applied. Social family and individual factors should be also taken into account.

Thus, many studies have established a certain degree of "inheritance" of deliquancy in a family and showed that one half of the boys whose fathers were convcted are themselves convicted at times, as compared to only one fifth of those whose fathers have a clean record. We think that among the favouring factors could be also listed inappropriate education oe even ignoring the process, fulfilling excessively any demand, the habit of supplying daily sums of money since early childhood, allowing the subject to spend time in various public places, getting involved items in the child's property, with no consideration of their origin, not knowing the young's company, movies that exalts violence they all account for a bad education of a child.

If I reffer to the social factors, I don't show the opinion that appeared in different works, according which the deliquency and especially the zouth deliquency is closelly connected to the lower classes where the educational level isn't high and where the family relation ships are unadequate.

There were many social theories that present the origin of the offencing, but none of them doesn't offer complete explanation. The social factors are very important, but the facts prove that there are childre and teenage deliquenties that belong to the upper social classes. Concerning the constitutional factors, I agree with the fact, that they haven't such a great influences in deliquency's eteology.

In case of breaking the law by minors, the lawstipulates certain penalties. When it is established the treatment for a child or teenage deliquent, the ăsychiatrist has to know very well the legal foresight, nomely the Law 3/1970, the Law 61/1991, the Convention regarding the birth of the National Cording Council of the preventive-



Scanned with OKEN Scanner

educaltional acticity and the protection of children, pupils and students belonging tot the Romanian teaching institutions, in order to be able to adopt the right measures against minors with deviate behaviour, and to esteblish if the correspond from psychiatrial point of view.

Strting with the fact that from a period to another the criminality is increasing and the number of minors involved in such antisocial facts are between 10-15% - in Bihor county only 12% - The Ministry of Internal Affairs, the Police Headquorters, the county Police Headquorters, supported by the County Hall and other institutions, have taken a great numnber of measures, especially against the growing of minor controvency and deliquency.

In this sense in 1995 and the first term of 1996 there were organized many educational activities for minors as well as for parents concerning law, discussions on the same item in school, the presentation of anti-social facts within the mass-media and their consequences in the social life. At the same time the preocupation for finding the minors with comissions, 325 minors that have proper familiy conditions, for a normal physical, moral and intelectual growing, 26 of them being boarded in reeducational schools.

There were also sanctioned 225 parents or tutors, according to Law 61/1991 for negligence in observing their children.

In the same way our preocupations for identifying from the very begining the minor groups with deliquent preocupations, 26 of them were leaded by majors, and stopping in this way the implication of the minors in anti-social facts.

From our experience and from criminal investigations in many countries, we may conclude unfortunately that the breaking of the law is upper within the minors that passed a trial or were imprisoned, than for those.

From our experience and from criminal investigations accomplished in other countries results that the risk of a new conflict at law seems to be bigger at the children which passed through trial or suffered a period of imprisonment than to the children against whom were taken other measures. The practice offered us numerous examples when some under age delinquents at 15-16 years old, under the criminal law and passed through the reeducation school kept, with slight intervals, the condition of deliquent until about the age of 35-45 years old.

From here the conclusion of necesity to adopt the type of treatment to the type of deliquent, but the possibility of offering a practic guide satisfactory to this important domain isn't exist yet.

It is interesting from this point of view the classification of juvenil deliquency realised by W. Wattemberg from USA which started from that 6 (six) structures of behaviour reaction matriculated in "The Statistic and Diagnostic Textbook of Mental Upsets" elaborate by "The American Psychologists Association".

But this classification, except the hiperkinetic reaction specific to the children which present minimum neurological affections, refer to the relation way between parents and children, explaining the tendency to explain the deliquent behave of a under age child just through the agency of familiar climate and, especially, the paternally conduct. This kind of unilateral explications of the phenomenon doesn't resist against the logic and faptic analysis. How we showed before, not any disorganizate family, even if the majority of the under age deliquents come from this category, brings behind in automatic way the deliquent conduct of the children.

But it is obcious that the school and the family are the first chil's trainers whom they imaculate in the moral and civic way. Also, the profesional orientation has a



Scanned with OKEN Scanner

remarkable utility; the wrong doers are conscript to begin between the declasati or profesional failures.

Meanwhile, sports practising policy, as gyms and stadiums are by for more youth friendly that street itself and show nothing of laterâs shortcomings.

Obviously, as regards this, the main responsabilities are untitled to the family, school, organizations in charge with prorectionof minors, medical institutions, local bodies etc.

As for as the police is concerned for the activity of nticipating to be efficiant and in order not to get to the second item in the trinom in cause, it is very impotant to quickly locate the youngsters who are in conditions that may expose them to the danger of becoming offenders.

Experience has show that in situations like these should be found the younhsters who run away from home or school and wonder about, who organize themselves in gangs, who are in favour of begging and prostitution, who run away from rehabilitation centers, who are mentally or renerial affected, who are not under surveliance or whose parents are addicted to various vices, as well as those who have comitted offences, yet haven't been sent to court. Unfortunately, quite often it is taken for granted, that as soon as legal measurements have been taken, the youngsters involved will totally change their attitude therefore the task has been fulfilled and there are no other obligations for the educational factors.

In fact, sending the young offenders in an institution doesn't mark the end of the activita for the police, psychiatrists and psychologists. They should continuously change information with the authorities in prison and rehabilitation institutions, to know precisely the measurements taken against the convicted, to keep them away from recidives. It is largely known that the youngsters escaped from rehabs or jail keep on comitting offences.

Besides, when punshment has come to its end, special care and attention should be paid in order to ensure that the criminals be reintegrated in society, a thing which has been completely neglected in the past six years by the factors in change with it.

The general and special prevention activity should be accompanied by a proper reflecuin in the media, whose role is to create an attitude within the public been on any misdeeds of the youth.

## Psychiatric Capacity - Discernment - Antisocial Potential

Prof. Dr. V. Beliş, Dr. G. Costea, Dr. M. Gangal
Institutul de Medicină Legală "Mina Minovici" Bucureşti

The authors define by anthropological philisophical and systematic theoties, the folowwing forensic psychiatric notions: psychic capacity, discrimination and antisocial potential. The authors has gradually accepted defect of reason diminished discrimination. They emphasize following relationships: diminshed discrimination - reserve criminal responsability. They report on the medicin security measures. The authors delimit the forensic psychiatry by forensic medicine education and organization according to romanian experience and international data.

In this workship the authors does' nt report on the necesity of law reform regarding forensic psychiatry.



Scanned with OKEN Scanner

## The Psychological Profile of the Juvenil Delinquent in the Transition Period

Conf. Dr. C. Oancea
Psychiatric Clinic Hospital "Gh.Marinescu" Bucureşti

It was mentioned a significant increase (10 falds) of the juvenile deliquancy in the last 5 years. It was noticed also a loss of the culpability and the desintegration of the morale conscience. The mentioned phenomena seem to be more general surpassing the nerrow circle ogf the delinquancy and they reflect mutation in the attitude toward the low, which appeard earlier in the so called "socialist period". Now, the situation id deteriorated, even more, after the impact of the new social practices, especially under the increassing discrrepancy between them and official morale promoted by all the generation. It is the duty of hole society to find new solutions, in order to restore the normal attitude toward the low.

## Credibility

Dr. sci.med. St. Kecskemeti

In this paper the author make at first the attempt to present credibility of normal and psychic dysharmonic, deficient and psychotic adults, joungsters and childrens called in testimony.

At second, discute the problems of general and special credibility in psychiatrical jurisprudence.

## Aggressiveness Anti-social Behaviour Psychic Disease. General Theoretical Considerations

Prof. Dr. T. Udriştoiu, Conf. Dr. D. Marinescu, Dr. G. C. Mihăescu,
Dr. S. Laretzakis
Psychiatric Clinic of Craiova

Human aggressiveness manifestations are extremely diverse.

Aggressive behaviour appears in an unconscience hostility background that generate important intra-psychic tensions whose release unleashes the anti-social event.

We present a succint passing over genetic perspective, neurophysiological, psycho-pathological and sociological one vis-a-vis aggressiveness.

## Suicide and the Press

Dr. Ioana Micluția
University of Medicine and Pharmacy Cluj-Napoca

The press constitues in the society one of the important sources of information in various fileds. It becomes the carrier of ideology in certain periods. On the way in which a certain topic is treated in the press are dependent the reverberations in the population, its subsequent attitude.

The author presents sensational way in which the news concerning the suicide are reported, as well as the "cliche" attitudes towards the autolytic gesture, the types of



Scanned with OKEN Scanner

suicide prevailingly reported. Stress is laid on the much discussed imitational phenomenon in suicide, presentind the fictitious and real model.

In conclusion, the press cannot be incriminated as a causative factor, this being rather a multifactorial involvement, several recommendations being made for mass media.

## From Pedagogic Negligence to Obvious Delinquency Concerning the Under Aged

Prof. dr. C.ROMANESCU, Dr. Adriana PANAITESCU,
Dr. Ana-Maria GRIGORESCU
Psychiatric Clinics - Socola Iaşi

More then 15 years experince in juvenile delinquency assert the existence of the triangular relation between pedagogic negligence, psychopathologic incidence and juridical consequence. In our experience this scheme is the most common way for under aged infractional status achievment and includes the following instances:

a) environmental pathology, with the distortion of the families structural pyramid: mother - father - child;
b) the psychopathology arising is most frequent in prepuberty, influenced by a) and perturbate by specifical age changes;
c) the juridical aspects have thee psychopathological stamp mentioned at a) and b), but can also constitute apparent unrelated episodes with these stages.

## Interrogative Conotations Upon the Value and the Limits of the Medico-Military Extertise

Col. Dr. M.D.Gheorhe, Dr. Gh.Clejan, Dr. D.Vasile, Dr. Gabriela Grigorescu
Psychiatic Clinics - Central Military Hospital, Bucharest

The authors are making a series of critical and self-ceritical appreciations upon the previous stages of the psychologic and psychiatric evaluation as well as during the medico-military expertise in the young called to satisfy their military service.

Multiple correlations between the social, cultural, educational factors and the level of the psychiatric assistance in its various stages of development till the moment of recruiting and incorporating are made.

The present algorythm of the development of the medico-military expertise is presented insisting both on its positive elements and negative ones especially.

The survey emphasizes the direct correlation between the quality of the expertise and the level of the military service fulfilment with all related consequences.

## Some Psycho-Social and Judicial Aspects of Abandon

Dr. L.Ritli, Dr. St. Kecskeméti
Clinical Hospital for Children Oradea

The authors are discussing some problems concerning the 682 abandoned children in Bihor in the last 10 years. 53 of this children are with unresolved placement.

The authors are debating some aspects of the actual legislation and are making proposals for faciliting the judicial and administrative procedures of placement.



Scanned with OKEN Scanner

## Diagnosis Aspects in Pathological Alcohol Intoxication

Prof. Dr. Rodica Macrea
UMF "Iuliu Haţieganu" Cluj-Napoca

The pathological alcohol intoxication (in ICD 10 classification or alcohol idiosyncratic intoxication - after DSM III R criteria) is a special aspect of the acute alcoholism with quite a lot of medical-juridical implications.

The psychiatry and the forensic medicine agree on the matter of irresponsability of these individual and consider them as psychical patients as such.

## Discrimination or Integration Coefficient and Degree of Responsibility.

Dr G. Cornuţiu

I. General Considerations.

1.0 According to the principle of unity of possibilities and the criteria applied by human thought to the various realms of reality, a truth expressed in one language must have a quasi-identical correspondent in another language.

1.1 By evolution and specialisation, the various domains for human language came to decide each its own language, more or less specific each one. In this dialogue between two or more disciplines, for example between psychiatry, forensic medicine and various juridical disciplines, nonambiguous notional criteria are necessary for the translation from one specialised language into another specialised language, so that each participant in the dialogue could understand exactly what his/her collocator wishes to convey.

1.2 In fact, it should be necessary to statuate a specialisation in juridical psychiatry in order to create a new body of experts in the juridical psychiatric staff, possessing a consistent knowledge in both juridicals and forensic medicine. These experts should know how to offer the jurist the necessary information to state his/her conclusions.

1.3 On the other hand, the actual status of human thought and the status of informational processing both impose the necessity of the achievement of the most accurate informational quantification possible, even the quantification of humanist sciences.

1.4 The notions at which a science arrives become circulated of reflected in other sciences, sometimes at a distance of several decades. A science may even use notions from another science which the latter had abandoned several generations previously.

1.5 Thus the notion of mental alienation worked out by Asclepiade of Bitinia (80 BC.) - "alienato mentis" (c.f. Predescu - Psychiatry, Medical Publishing, Bucharest, 1976, pg. 18) was abandoned by psychiatry long before the end of the last century. Juridical sciences however, continue to use the notion, although it is esoteric and ambiguous for them. For psychiatry it is of no utility other than that of historical interest.

1.6 Thus we are now in the position that, discussing various aspects belonging to the same reality regarding the same patient, to possess at least three categories of collocators, with three different levels of expression and understanding. First of all, we have the common language with its terms, even literary, being at the most ambiguous and least operative level of understanding the phenomenon. We also have the juridical level, less ambiguous and slightly more operative than the previous, but with its terms



Scanned with OKEN Scanner

displaced by a period of at least three generations from the specialised language developed concerning the phenomenon.

1.7 We have therefore, three categories of speaker using different terms, words and notions when referring to the same patient. In this case, communication becomes difficult with great probability of error.

1.8 The entire subject of this Conference refers in fact to the behaviouristic attitudes and decisions as results of all juridical evolution which conflicts with logic and the generally accepted existential sense, possessing value and juridical norms pertaining to the historical moment and cultural context.

1.9 In the sphere of mutual concern, within the psychiatric / forensic / medical / juridical dialogue, the pivotal notion on which centres the whole discussion and which is in fact its fundamental criterion, is the notion of discrimination. It presupposes the awareness of the purpose, the means and results of the crime in the context of all significations, with both the implicit and the direct assumption and possibility of assumption of responsibility.

1.10 This notion is sufficiently ambiguous so as to bring about a great deal of confusion and unclarity both to those performing the forensic expertise and also to those who will use the results of these expertise.

1.11 These shortcomings have been felt for a long period of time. For this reason, ten years ago there was organised a national scientific meeting, at which Professor V. Predescu suggested as an operational means the notion of mental capacity. This is a more specific notion than that of discrimination, yet sufficiently ambiguous in order to impose itself. It has been proved therefore, the necessity to find a notion which can be a nonambiguous, quantifiable and easily usable operational means for the psychiatrist, the forensic medical staff and practitioners in various juridical disciplines.

II. The Specific background of the Problem.

2.0 Taking Dr Predescu's suggestion of mental capacity as a starting point, I will try to process the possibility of its development into a notion able to function as an operational means.

2.1 In order to fulfil the criteria of nonambiguity, holistic approach and quantifiability, another alternative would be the organisation of the national context in various levels. This organisation of levels would allow a gradual and quantifiable approach of the behaviouristic phenomenon.

2.2 Any behaviouristic act is an attempt to inscribe the individual necessities in the sensorial milieu and in the interrelational environment of a person's fellow creatures. In the systematic significance of its subjects, any behaviouristic act is an attempt at optimal integration, from the individual's standpoint, in the environment and in society. So the behaviouristic act includes among its significances an integrative altered effort, however uninspired or motivationally altered it may be.

2.3 In order therefore to possibly replace the notion of discrimination, felt as ambiguous, unquantifiable and too prone to error, we suggest as an alternative the operational notion of integrative mental capacity, which may be expressed percentually by an INTEGRATIVE COEFFICIENT, corresponding to a certain degree of responsibility.

2.4 This integrative coefficient may have in justice, as its correspondent, the degree of responsibility. Expressed percentually, the jurist may define the quantified information, which he may use as such.

III. The Integrative Mental Capacity.



Scanned with OKEN Scanner

3.0 The individual's levels of processing the information and of integration, distinct and progressive in their globality, may be the following.

3.1 The elemental level of integrative mental capacity (i.m.c.). This is the conscious level, the level of a person's presence in the present.

3.2 The perceptive level of i.m.c., which represents a person's contact with his/her material environment.

3.3 The amnesic level is the continuity level for the orientation of auto- and allo-referencial selective functions in time. It signifies a person's present presence in the past.

3.4 The quantitative logical level represents the limits of the individual's intellective efficiency, his/her limitations of intelligence.

3.5 The quantitative logical level represents a person's rational presence in his/her own existence, granting him/her meaning and a pragmatic and programmatic anchorage with augmented purposes in his/her own environment.

3.6 The affective level is a reflection level, a level of circumstantial and propulsive resonance of a strict egotistic selection. It exposes a person's presence as an individual. At the eutimic pole, the activity is at just one level. At the pathological pole we have two alternatives to whom we grant two pathological integrative levels. The negative hypertive level represents the depressive alternative of a person's resonance in the world.

3.7 The positive hypertive level represents the maniacal type of the pathological resonance level.

3.8 The personalogical level is an individual's systematic synthesis level of all variables being innate and internalised. It expresses the progressive presence of the person.

3.9 The axiological level, in fact the moral axiological level, is the level of the individual's involvement in an existential, superindividual meaning, of the anchorage in a structured and hierarchical system of values. It expresses the presence and the valorical type of a person by the presence of the culture and group to which he/she belongs. It is an extremely important level, for it can transmit, at least partially, the guilt from the individual to the group to which he/she belongs, or to his/her formation environment. The axiological level is a motivational level. For example, if for a particular group of the gypsy population the ability to steal is a virtue, for other social groups theft is an unspeakable option. There is a part of guilt that, morally speaking, belongs to the doer. However, guilt never belongs integrally to the individual's relation to the law. Here one must also note an individual's level of education

3.10 The characteriological volitional level is the level of the synthetic capacity of notional mainstream and motivational depth.

3.11 The moral and characteriological dimension of existence may be significant most of the time for both the individual and for society, being more important than intelligence or other personal qualities. In fact, without naming it directly, this is the dimension of interest for the law. This level can be quantified according to the practice of the fundamental precepts of the culture to which an individual belongs, being related to the accepted norms of the society in which he/she lives. For example, for Christians the Ten Commandments are a sufficiently sure and selective criterion.

3.12 From social to fundamental, each level globalises the previous one. You cannot attain any one level without first attaining the previous level.

3.13 These levels allow the establishment of a global score, but also for the limitation from simple to complex, at a certain stage of capacity of an individual's



Scanned with OKEN Scanner

integrative ability, for the establishment of an integrative coefficient which can be expressed percentually from a nonpathological whole.

3.14 The specifically individual level and the global score must be corrected by the possible intermittence of the reliable functioning of i.m.c. Thus epilepsy and affective psychoses involve a full or partial intermittent evolution of i.m.c.

3.15 The presence of this intermittence makes it necessary for the evaluation of i.m.c. in the instance of the crime, in terms of the specific individual stage of the disease (in episode/crisis or outside).

3.16 Another correcting factor of i.m.c. is the contextuality of the social status of the doer and crime. This is an unquantifiable factor, and therefore a qualitative one that could be used for pleading guilty or not guilty. Thus (as an extreme example), for the social status of the in war-time, the negligence of a general is more significant and with far more devastating consequences than the negligence of a soldier during times of peace. The robbery and dishonesty on the part of a minister is more devastating than the robbery and dishonesty on the part of a factory watchman.

3.17 In a like manner, the contextuality of psychological pressure of one's crime may contribute to a more accurate definition of the doer's i.m.c. There is therefore a sharp distinction between the crime of an individual who, day after day, month after month, year after year, is told that he/she is a "stupid ass" and who finally explodes and beats his insulter, and the crime of another individual who sets upon and beats another simply for the sake of enjoyment, or because the individual happens to pass by, or because he merely dislikes a person.

3.18 The thirteen levels (and their corresponding factors) can also be expressed in table form. Here is shown a working example:

IV. Evaluational Items.

| Levels of integrative mental capacities | Points A | B | C | Observations |
|---|---|---|---|---|
| 1. Elemental level. | 70 | 0 | -70 | |
| 2. Perceptive level. | 60 | 0 | -60 | |
| 3. Amnesic level. | 50 | 0 | -50 | |
| 4. Quantitative logical level (intelligence). | 40 | 0 | -100<br>-200 | |
| 5. Qualitative logical level. | 40 | 0 | -250 | |
| 6. Negative hypertive affective level. | 30 | 0 | -30 | |
| 7. Positive hypertive affective level. | 30 | 0 | -30 | |
| 8. Personological level. | 20 | 0 | -20 | |
| 9. Moral-axiological level. | 10 | 0 | -10 | |
| 10. Characteriological volitional level | 20 | 0 | -20 | |
| 11. Intermittence for pathological and integrative level. | 30 | 0 | -30 | |
| 12. Status contextuality. | 20 | 0 | -20 | |
| 13. Contextuality of psychological pressure. | 0 | 0 | -20 | |



Scanned with OKEN Scanner

4.1 In the score column, at level A we mean the presence of the level within strict non-pathological limits. Concerning the moral axiological level, we comprise here (at score A) the crime concordant to the existential motivations of the group to which the doer belongs. In a tribe of cannibals, no one of the members can be accused of abnormal behaviour for cannibalism in his/her group and it is easy to understand that this kind of behaviour does not represent an individual abnormality but a cultural result.

4.2 At point B we notice the existence of a borderline between the pathological and the non-pathological, and at point C we note the presence of the level within the obvious limits of the pathological.

4.3 By the elemental level we understand the conscious state and lucidity. By the amnesic level we understand both long-term and intermittent amnesic alterations. By the perceptive level we understand the nonperception and the qualitative alterations of perception.

4.4 We grant to logical i.m.c. two levels due to the most important role of logical functions in the process of bringing into consciousness its results. At this level we note with 40.p the normal intelligence, with 0.p the boundary intelligence, and with 100.p oligophrenia I and with 200.p oligophrenia II.

4.5 Similarly, we grant the affective i.m.c. two columns for both major pathotimic alternatives, because of the essential role of affectivity in the establishment and functioning of existential motivational and behavioural reactions. The lack of affective resonance contributes very little to the motivation of behaviouristic reactions, possibly to the schizophrenic demotivation, but here the diagnosis and the i.m.c. are more valid arguments.

4.6 At the personological level we note not only the score, but also the possible type of pathological personality.

4.7 At the axiological level we note the concordance or non-concordance of crime with the value norms of the larger group to which the doer belongs (ethnic group, religious group, cultural zone etc.). Characteriologically speaking, here is noted the presence or absence of asocial crimes, the behaviouristic variations exclusively by reasons of efficiency. We must however also note the presence or absence of suggestibility. This being the decisional motivational level, and here we should note the relation between the decision to perform the crime and the individual's level of education. In the idea of technical evolution, this will be the most important problem in the future, if the uneducated masses understood what will occur when they interfere into the computerised processes.

4.8 The intermittence of the pathological and integrative level refers to epilepsy and to affective psychiatric intermittences, including the atypical periodical psychoses. It is necessary to note here also the pathological non-periodic intermittence, strictly dependant on the chronic abuse of toxic substances (e.g. alcoholic epilepsy, alcoholic delirium, alcoholic hallucinations etc.).

4.9 The presence of the responsibility (status) towards a lesser or greater group grants a positive score, which means guilt. Inversely, the presence of the contextual psychological pressure grants a negative score.

4.10 Certainly, this score is conventionally attached to a disputable reasoning but paying a degree of respect to the importance of the pathological significance of the level referring to the integrative capacities into the natural, psychological and value environment of the examined individual.

4.11 Totalling all of these scores, we arrive at a general score, which for a healthy and innocent person is 420 (100%). The score for an examined individual can be related to the healthy, innocent individual (420.p). This percentage is the integrative



Scanned with OKEN Scanner

coefficient of the individual in question. This integrative coefficient may juridically express the degree of responsibility.

4.12 I assume that together; diagnosis, integration coefficient, intelligence coefficient and the motivation of the crime, can all form an informational group sufficiently orientated to be used by a judge in the evaluation of a case.

4.13 I assume that a percentage of lower than 50% on the integrative coefficient means lack of responsibility for one's crime.

4.14 This example of expertise - psychiatrical expertise - using as a means of evaluation the i.m.c. can be easily subject to computerised processing. From this point of view, it is better than descriptive models.

V. Conclusions.

5.0 It is possible for samples for psychiatrical/forensic expertise to be worked out in a method which contains more accurate information, and information quantified to a level than higher than that given by our present methodology.

5.1 The exposed sample would require its acceptance as a working methodology by specialists and physicians and as a means of communication from jurists.

5.2 Being accepted, this sample would need to be validated on a sufficiently numerous case-book record in order that one could draw the correct tested conclusions for its optimisation.

## Methodological Difficulties of Legal-Medical Psychiatric Examination

Prof Dr. T. Udrioştoiu, Conf. Dr. D. Marinescu, Dr. G. C. Mihăescu
Psychiatric Clinic of Craiova

In collision with EMLP objective standardise, current practice use is difficult because of objective reasons:

- alteration of classical nosographic categories;
- the presence of multifactorial vulnerability items which can anticipate an eventual evaluative risk;
- the absences of a legal support that allow real recover unlike deontologic responsibility and expert morality.

## Concerning Some Difficulties Generated by Adolescents Discrimination Notion

Prof. dr. C.ROMANESCU, Dr. Adriana PANAITESCU,
Dr. Ana-Maria GRIGORESCU
Psychiatric Clinics - Socola Iaşi

The ideea of replacement of the "responsability" formula through "discrimination", once legally accepted, became a modality both convenient and useful for the management of multiple forensic implications in mentally disordered persons.

Since adolescence means a period of changes and adjustments, we believe that discrimination both in its biopsychological form and in the juridical sense of the notion is



Scanned with OKEN Scanner

an error generating a lot of irresolute situations hardly legal or illegal, because of indefinite formula.

The adolescents have only a transition specific discrimination, the formula we advocate for is "age specific discrimination", eventually with some of doctor s observations, formula which should be accepted as such.

## Psychological Examination
## - "Radiography" of the Medico-Legally Expertised Person -

Psiholog N. Vandici, Psiholog Ileana Colceriu, Dr. H. Ardelean
Psychiatric Hospital Oradea

The authors report on an group of 200 medico-legally expertised persons previously subjected to psychological examination.

A series of parameters are evidenced, such as: the intellectual developmental level, Intellectual function capacity, deficient cognitive cnditions, psychpathological tendencies etc.

It is mentioned the fact that the subject is not assessed through tests, but through the "psychologist - test battery" combination.

The building of the psychological examination programme is, as a rule, differentially made, from subject to subject in comparison with the general or special nature of the expected information.

The condition in which exists expertised in the clinical psychological laboratory can be defined as an "examination condition", and this thing constitutes for the majority of the subjects a moment of amplification of the emotional tension because the results of the psychological examination could influence positively or negatively his/her fate.

Confronted with the tests, the subject can discover his/her unknown deficits, or the conviction that his/her intellectual efficiency is satisfactory, other times he/she can show defence attitudes, negativist behaviours, passivity.

In some subjects are evidenced puerilism, indifferece, mutism, active or passive negativism, abnormal suggestibility, behavioural features that can escape to current observation and are not noticed in a common conversation.

## Difficulties in medico-legal psychiatric expertise

Col. Petre CHERTIC M.D. - Chief Military Medical Inspector
Cpt. Radu Eugen IONESCU - MIHĂIȚĂ M.D. - Medico-military institut

Practise of medico-legal psychiatric expertise knows many difficult problems which occurs in almost all stages.

Some of trem are: establishing of the conscience level at the moment of doing the fact, possibility of falsification of the expertise by the subject and the difficulties in minors expertise and the consideration of discernment on minor which is not always a legal problem but often a medical psychological one, because of the imature development, of the personality and thinking of the minor. Time is an important factor but sometimes when we need quick results, experience of the expert is useful.

Expertise report as final medico-legal act of the expertise must be very well documented and conclusive and in this case it is necessary the complete methodology of the expertise. This may be useful for avoiding supplements and new expertises.



Scanned with OKEN Scanner

## The Correlation Between the Psychiatrical Legal Medicine Valuation and Military-Medicine Valuation

Dr. A.Tiugan, Dr. Emilia Vințe
Military Hospital Craiova

Tacking into account the increesing of anti-social actions during the military service it was absolutely necessary to re-evaluate the whole military-medicine methodology valuation, having in mind the make out.

The psychic illnes by it' s all implications can generate a various types of anti-social actions with different intensities.

The make out abolish imply the inadapability against the military service but imply also, the obligativity of treatement, conforming to article no.113 and 114 in penality code. This last mention was not entered into legallity tull now, in thw actual military-medicine valuation.

The law make out of the subject put the military psychiatrist into a special position, to decide on subject capability or non-capability against to military service, depending on illness gravity.

All the above mentioned ideea due to an acurate valuation of the motivation against the military service performing and of the military.medicine valuation before, during and after military service performing.

## Delinquency of the Minor - Causes and Ways of Investigation, some Considerations on Pedopsychiatric View

Dr. Iuliana Dobrescu(1), Dr. R.E. Ionescu-Mihăiță(2)
(1) - Child and Adolescent Clinic of Neuropsychatry "Gh.Marinescu"'s Hospital
Medico-Military Institute Bucureşti

Minor delinquence became a problem in this period of time, so we must be very quick in identification of the causes and prevention if we want to stop the extension of the phenomenom.

There are many causes of minor delinquence, some individual and other in association with social events or family problems.

Definition of this concept needs a complete investigation not only of the criminal aspects but also of the social group where the minor lives and to the school. These aspects are complementary to the family and they can contribute on aggravation, amelioration or prevent.

Attitude to the delinquence minor must be careful studied and considered, because punichment and coerciveness minimalize rehabilitation chances by fixing a negative conduct.

## Some difficulties in establishing discernment in psychiatric medico-legal expertise

Col. Petre CHERTIC M.D. - Chief Military Medical Inspector
Cpt. Radu Eugen IONESCU - MIHĂIȚĂ M.D. - Medico-Military Institut

For psychiatric medico-legal expertise, discernment means the possibility to appreciate individual responsability. We consider that the difficulties in establishing discernment are the consequence of many factors: age of the subjects, gravity of the act, social implications, limits in appreciations of psychical capacity in justice.



Scanned with OKEN Scanner

The present law creates large age chohorts with strict limits and that makes the appreciation difficult, especially for the minors.

It might be useful a new law of the expertise in which we can make a better consideration. In this new law it will be useful if the medico-legal expert point of view will be much more important, so he can appreciate the case considering individual development and the neuro-psychiatric particularities.

## The Release of Psychiatric Patients within C.P.114 - Methodological Criteria -

Dr. H. Ardelean, Dr. G. Mihalache
Clinic Hospital of Psychiatry Oradea

A certain number of psychiatric patients become violent and/or aggressive and due to antisocial factors also become dangerous both to themselves and to others. At the present time in the field of law, legal-psychiatric expertise are being developed to implement measures of application for medical insurace through the hospitalisation of patients. The problem arising is: how long must patients be hospiralised in the psychiatric.judicial system. Society has an obligation to protect each of its members and to offer them the right to freedom, which for patients means that they are provided with familial and professional recuperation through hospital release. At the same time there must be a sufficient level of safety to ensure that psychiatric patients are not overly exposed to antisocia aspects of society. In light of these factors the authors propose a method of hospital release through the application of three interdisciplinary criteria: medical, juridical, social. Through their collaboration for each clinical case taken separately, it is possible to obtain a result which allows the release of patients with sufficient guarantee of their socio-familial and professional reinsertion, without over-exposure to antosocial factors.

## Metode de evidențiere a relațiilor copil-şcoală-familie prin reprezentații teatrale

Dr. R.Pârvulescu, Psiholog Rozalia Pârvulescu
As.med. Carmen Dolog, Educ. A. Dolog
N.P.I. Hospital Lugoj

Within enlarging the activity of the therapeutical methodes, the staff of the Medical Center of the Psychotherapy and recuperation of the N.P.I. Lugoj Hospital has put on on stage two plays, having a subject close to the interest of hospitalized children, plays performed by them.

Shows have taken pace within the hospital buiding, the school from Lugoj and within Learning Center "Hilfe fur Rumanien" from Timişoara, the last offering performers an adrcqvate public: the homeless children shelterd by the Oneşti Center from Timişoara.

The great succes of these plays is due to of the way of interpreting the features of the dramatic material; every aspect beeing illustrated by some video images of both plays.



Scanned with OKEN Scanner

## For a Dynamic and Easy Application of Safety Measures

Prof. Dr. T. Udriştoiu, Conf. Dr. D. Marinescu
Psychiatric Clinic of Craiova

Safety measures by art. 113 and 114 Law Code should be joined to recoverable principle.

The authors insist upon some evaluation items of recoverable fact based on indicators in pre-infraction period, infraction moment and post-infraction period.

## The Law Regulating Custody - Develpments and Experiences

Dr. G. Kotschick
Psychiatric section of Maria's Hospital - Euskirchen - Germany

The experiences which resulted from the Law Regulating Custody ("Betreuungsrecht") have met thee approval of the experts. The new juridiction has eliminated the uncertainties in the application and recommends that measures without the will of the person affected should only be taken if the person ist not in condition of a free determination of his or her will (a higher level of intervention has to be set). In dealing with health service duties people appointed by the court may avoid uncertainties by giving priority to the judgement of the person affected.

## Types and Instances of Admission and Hospitalization in Psychiatry: Reculiarity and Responsibilities

Prof. Dr. G.Ionescu, Dr. Marie-Jeanne Georgescu, Dr. Ruxandra Iacob,
Dr. Maria Iorgulescu, Dr. Ileana Plăviţu
Psychiatric Clinic Bucureşti

The authors make a distinction between admision and hospitalization. They analyze then the peculiarities and responsabilities of the admission and hospitalization in psychiatry.

The different types of admission and implicitly of hospitalization are presented, with a special reference for involuntary admission. The authors are making a semantic analysis concerning some notions used unfortunately with carelessness as synonyms: "involuntary", "compulsory", "without consent", "emergency" admission and "civil detention".

The second part of this work comprises the criteria of involuntary admission in Romanian as well as in American legislation.

In the end the "consevative approach" is discussed. This is a relatively recent approach in the United States of America and the authors of this paper of this paper consider it as an extension of involuntary admission. The authors believe and demonstrate that this approach means and legislate the extension of the police powers principle and also of justice upon parens patriae principle, under which parental protection the mentally illl used to be.



Scanned with OKEN Scanner

## Emergency Admission (in hospital) and the Psycho-Social Factors Regarding the Relation Patient-Parent

Dr. Maria Praja, Dr. Ana Popa, Dr. Mihaela Diculescu, Dr. St. Kecskemeti
Pediatric Clinic Hospital Oradea

The authors discuss the situation of ill children admitted as an emergency, the role plyed by the institution, the personell and family in the child' s subjective reactions.

The desirable and undesirable atitudes in the given situation are analised, the value and the traps conffered by the presence of a parent during the admission are studied.

Finally the importance of the medical ethos in relation with the child' s rights is mentioned.

## A Clinical and Statistical Study About Interferences Between Forensic Medicine and Psychiatry

Conf. Dr. P. Boişteanu, Prim Proc. C. Ilaş, R. Andrei, Dr. Ana-Maria Grigorescu, Dr. Carmen Zaharia

The authors make some remarks about pathologic dexiation and especially pathologic criminality regarding a rather indefinite notion-psychiatric pericousity an 45.000 pacients examined from forensic psychiatry point of view between 1966-1995.

## Psychiatric Emergency - Peculiar Aspects on Involunary Hospitalized Pacients

Conf. Dr. P.Boişteanu, Dr. P.Andrei, Dr. Diana Ilieş,
Dr. Ana-Maria Grigorescu, Dr. M. Gotlieb, Prim procuror C. Ilaş
University Hospital of Psychiatry "Socola" Iaşi

Even if it's a major problem of Public Health, there is no a general agreement in defining the notion of "Psychiatric emergency", because, on one hand, it is a subiectiv concept, and on the other hand, in practice, there are a number of "acute critical condition" difficult to frame.

The authors try to define the "Psychiatric emergency" notion and to emphasize some particular aspects of medical assesmment for incompetent pacients, involuntary hospitalized.

## Psychiatrical Judiciary Study on a Sample Hospitalized Schizophrenic Patients

Dr. H. Ardelean, Dr. G. Mihalache, Psih. N. Vandici
The Neurological and Psychiatric Hospital Oradea

A study carried out over a ten years period on a sample of seventy schizofrenic patients, all admitted through a court decisin, demonstrates that the statute of these patients shows certain details:

1. Longer periods of hospitalization with the limitations on the circulation of patients concerning the group from which they have come.
2. Psychiatric medical-legal aspects, judicial and administrative which are concerned with the schizophrenic patient are more complex.



Scanned with OKEN Scanner

3. The hospitalization of the patients should not infringe their rights and freedom.
4. Social investigations are important for the patient's future.
5. The hospital allowance per patient must cover the aforementioned factors.

## Self-Aggressive Tendencies and Completions in the Population of a Workers` Town

Dr. I. Sâmărghițan, Dr. Adriana Vădana, Dr. D. Ionescu,
Psychiatric Clinic Deva

We have considered the study of cases attending the Emergency service of Municipal Hospital, cases in the Psychiatry Section and cases of suicide at the morgue as satisfactory for the purpose of this study. We wish to state from the beginning that none of the suicide cases involved any of the 564 patients treated in the psychiatric ambulatory care in Hunedoara.

Conclusions: By analising the statistics of the self-aggresive acts in 1989 and 1995, the team of the Psychiatry Section in Hunedoara`s Municipal Hospital considers it important to notice that:

a) Suicide attempts are made mostly by young females, especially by working women.
b) In the case of suicide attempts, the largest number of them were made by oral ingestion of drugs or other substances.
c) Male suicide attempters were more "determined" and generally succeded; they usually were over 55 years old, and they tended to "prefer" hanging or jumping from heights.
d) Suicide attempts and completions are continuousely incresing, in spite of the decrease of the population in the region.
e) Disharmonic family and professional relationships are mainly determinant for suicide attempts at the active age.
f) Suicide in persons of the third age is mainly due to the lack of attention to the old people, the lack of specific medical and social institutions for the elderly in Hunedoara and the region around.
g) Data about suicide attempts and completions resulting from this study matches, from the point of view of gender and age distribution, the data obtained from previous psychiatric-epidemiological studies.
h) Our study only wishes to "ring a bell", showing that suicide attempts involved mostly active persons and the number of suicides in 1995 is extremely high - $23^{0}/_{00000}$. The study also pointed out that persons attending regular, rythmic psychiatric care in the psychiatric service made no such suicidal attempts.

## The Involuntary (Medical-Disciplinary) Discharge

Prof Dr. G. Ionescu, Dr. Nora Căpraru, Dr. Maria Iorgulescu,
Dr. Camelia Petcu, Dr. Eugenia Rădulescu

The paper is focused on two problems - a theoretical (euristhical) one concerning the inappropriate and inefficient character of the syntagm "involuntary discharge" and a practical, actual one somehow specific for Romanian psychiatry.

For both these aspects some concrete propositions are made, which could be useful in improving or changing the situation.



Scanned with OKEN Scanner

## Deliquency in Affective Disorders

Prof. Dr. T. Udrişţoiu, Conf. Dr. D. Marinescu, Dr. G. C. Mihăescu
Psychiatric Clinic of Craiova

Pathological release of aggressiveness become manifest through anti-social events whose seriousness and varity starts in minor actions (burglary, pathologic running) up to the major ones (crime, suicide).

The present study deals with the infraction phenomenon in affective disease compared with schizophrenia in order to point out possible factor of prediction of infraction behaviour that allow specific measures of therapy and prophylaxis.

The results spotlight that patients suffering of affective disease represent only 5.17% of delinquent patients in hospital, according to article 114 Law Code, men being predominant 61.90% having the diagnosis of maniacal episode - 71.42%.

## Some Medical and Legal Aspects Concerning Persons Suffering from Mental Illness

Prof. Dr. S. Rândaşu
Universitary Clinic of Psychiatry Cluj-Napoca

Starting from present reglementations, the paper proposes the rethinking and reformulation of law paragraph which stipulates the conditions of put out patients. The author appreciates that is impossible for the psychiatrist to diagnosis as "recovered" the person suffering from chronical dellirius psychoses or of mental retardation - nosological cathegories which are very common in psychiatrical and legal practice. Is mentioned like argument the character, mainly chronical, of thse illnesses evolution, or with imprevisible touchdowns and/or cyclical evolution, in other cases. Mental retardment is eliminate from the very begining, as being incurable. The author suggests the replacement of the "recover" notion with "amelioration", or more accurate "remition". This offers the opportunuty of justifying of patient put out ang explains the possibility of touchdown.

## Children Physically Maltreated from a Clinical Aspect - from Cases at the Children`s Hospital Oradea

Dr. M.Bembea, Dr. Olga Vancsik, Dr. St.Kecskemeti, Dr. Gh.Bochiş
As.sociale: Crenguţa Floruţ, Gabriela Kiss
Clinical Hospital for Children Oradea

The authors studied 80 ill treated children, who had attended the surgical section of this Childre' s Hospital in the last 5 years.

The results of the study prove that phenomena of ill-treatment exist even at the infant stage with domestic ill-treatment, the main cause is determined by the psychiatrical pathology of at least one of the child' s parents.

There are serious consequences because of the childre' s ill-treatment.

The conclusion of the report was that existing juridical specifications concerning the abused children, in thei families or outside the home, are insuficient and the possibilites for their application are in any case limited.



Scanned with OKEN Scanner

## Epidemiological Clinical Aspects of Alcoholic Psychozes with Possibility of Transformation of Pacients with Cronic Alcoholism through Abuse of Wine and Mixed Drinks

Prof. Dr. N.Oprea, Dr. V.Dubcenco, Dr. V.Oprea, Dr. M.Plotnica, Dr. V.Blajinu
U.S.M.F. -" N.Testemiţeanu" Chişinău

The purpose of this work was the study of the clinical manifestations of the alcoholic psychoses through the abuse of wine anr the mixed one and the elaboration of the differential diagnosis.

112 pacients with recurrent and changed alcholoic psychoses, which had during the desease up to ten ăsychoses were included in this study. The clinica-catamnestical, statistical methods had been used. There was established that the dymanic peculiarities. The pathomorphosis of the sindromoligical structure of the slcohol psychosis correlatd with the character and severity of the pathological substrate.

The result of this study permit early and differential diagnosis and respective regimesâns of the treatment and prophylaxis of the recurrent and changed alcoholic psychosis.

## The Attempt of Suicide and the Suicide Medical and Psychosocial aspects with children

Dr. G. Curteanu, Dr. R.Spineanu
Clinical Hospital for Children Oradea

The authors remark: - in a distinct period as a motivation:
- an increase of voluntary intoxications having a purpose of suicide with children.

The analysed casuistry offers a problem with a lot of particualr aspects concerning to the elements of age and growth, psychological structures, social or pathological prerequisites and the results therefore oblige to responsability.

Fundamentally, there are reflected:
- the afectation of teen-agers, especially of girls and generally belonging to families with recent urban implantation insufficiently consolidated;
- almost half of the children had stressing and depressing life conditions;
- most of them are multifactorial and interconditional (pathology or family animaly, deficiencies and defaults, proving injurious to rights or to the child's personality, special circumstaces etc.). In another category which represents about one thirt, the attempt of suicide was committed by the short-circuiting of the connection "aspiration-achievement", limit of liberty, various conflicts. The nature of the act was expansive.
- the manner of suicide was exclusicely with drugs, one medication in 70%, associated in 30%, with the involvement of mechanical factors in one case (phlebotomia). The drugs used (86,5%) had on effect on the nervous system and we are surprised because of the great variety of drugs (sedative, nervine, psychotropic, anticonvulsive and atropin drugs).

36% of the subjects have been hospitalized in a condition of serious gravity. The fact could be associated with the nature of substance and the total amount of toxicity, the time from ingestion to hospitalization, premeditation with ingestions during right and expozing to a massive resoption, morbid association and individual reactions.
- The clinical description generally corresponds to etiological involument. The tardy forms entail difficulties of identification. There wasnât mentioned any case of decease.
- The act cannot be foreseen. The threatening and the attempt must be treated with seriousness, especially when they are repeated, being noticed with retired-negativist types.



Scanned with OKEN Scanner

- A revaluation of the prognostic elements generally coresponds to the appreciations made by Ana Freud, centred on biological types of personality and indiced psycho-reactivity. But there is also a great social involvement.
- We ask a properly centred conduct: not to judge, to unterstand, to cure, to present.
- The communitarian and individual prophylaxis, implies a better social intergration, knowing the childrenâs personalities, measures of co-operation with the help of familial, pedagogical, social protection administrative and judicial structures, with legislation adecquately revised and applied, control and selective supervision addressed to the attemps with serious motivation, assuming the insertion of pediatrician psychiatrist and of social structures defined for the integrated assistence, discernment in elaboration and providing industrial and pharmaceutical drugs, inserting factors of responsability.
- The geatest difficulties of achievement are due to the multifactorial confluence and attitudes which lead to the disregard of the child's personality, of its needs and security.

We wish thar the exoeriment of the facts which were exposed to be use ful especially for the social restricting of the fact.

## The Undesired Child as a Forensic Issue

Dr. Adriana PANAITESCU, Dr, Ana-Maria GRIGORESCU
Psychiatric Clinics - Socola Iaşi

The "undesired child syndrome" was stated for the first time in march 1987 at Piatra Neamț by Prof.dr. C.Romanescu and Prof.dr. L.Turcanu.

The authors, using more then 1500 cases observed during the last 5 years, try to order the distrurbations framework related to this psychical pathogene circumstance and formulate the following premises.

a. psyical perturbation: dystrophies to atrepsie with a lot of anaclitic depression;
b. perception, image and projection disturbances in the first three years of life;
c. physical discorders such as psychosomatic disturbances are very frequent.

The authors sketch a tipical portrait of the undesired child and relate the syndrome to the forensic potential regarding the parental abuses or legal offenses and a latent opening to abberant behaviour of the child.

## Aspects of Sexual Abuse on Child and Adolescent

Dr. Iuliana Dobrescu(1), Dr. R.E. Ionescu-Mihăiță(2)
(1) - Child and Adolescent Clinic of Neuropsychatry "Gh.Marinescu"'s Hospital
Medico-Military Institute Bucureşti

Sexual abuse is often a very difficult problem to discover on child, it is important for consequences on time by interfering with neuropsychical and psysical development and many cause in the future life conduct discorders or later on personality discorders.

It is a great risk for future somatic diseases in relation with sexual uncovered act; that might be aggresive on an imature body.

This material tries to make a review on sexual abuse type, some risk factors and possible consequences on short and long time.



Scanned with OKEN Scanner

## Medico-Legal Debut in Schizophrenia

Dr. D. Colceriu, Prim Proc. Mil. I.Pop

The autors describe and analyse a peculiar case of acute début with murder in schizophrenia with a soldier, the ansurdity of the events excluding the responsability because of the absence of the discrimination and imposing the examination - maidical logic.

## Aspects of Nevrotics Married Violence in Bihor District

Dr. Adriana Belba(1), Lector univ. Adriana Baban(2)
(1) - Psychiatry Hospital Oradea
(2) - Institute Psychology of University Cluj-Napoca

Romanian Constitution states the individual protection according to provision 22 1) endures the warranty of the right of living and right of physical and mental integrity, 2) protection for any person against torture and savage punishmaent.

The real facts proce that the woman' s statute is in a continual process of involution, facing itself with serious results of disceriminations and violent practice.

The conjugal behavior of the husbands is related to the norms and values accepted by the couple from inside. As a social human being people are responsable (juridical, political, moral) in front of the community.

The actual civilization based on conccurece and aggressivity is the field where the heterodevouring personalities are growing. It is suitable that during the competing fight to damage your competitor.

All our institutions, traditions, millers sustain the privilege of man and his superiority. The prejudices concerning the woman' s inferiority cause tension and violence within the pair.

Our reserch intends to analyze the spreading of violence as familial phenomenon, at certain persons with neurotic psychopatological states, in Bihor District, on different age and socio-professional categories. In this respect 120 sunjects have been investigates using a questionnaire which aims at specific aspects of violence. In order to reaching certain deep aspects the demi-astructured interview has been used.

The results achieved after data evaluation enlighten that:

- the domestic violence phenomenon in families with neurotic wives is actual in Bihor District and the defending devices against it are poor.
- the familiar violence dress itself in various aspects, such as physical aggression (hitting, injuring) sexual aggression, psychological harassing (insults, threats, contemptuous behavoir).
- there are some inhibitions in woman' s self position defending.
- mass media make its contribution in generating the violence phenomenon against women, caused by the infectious character of example and temptation of imitating.
- the criminal cose mentions the protection of married violence victims but the legislation regarding the violence against woman is free.
- the new divorce law does not help women which intend to divorce by reasons of married violence.



Scanned with OKEN Scanner

- there are necessary some measures in order manage that the women who are victims of violence, together with their chidren, to benefit by specialized assistance, recovering tratment, medical and social services.

## Criminal Behaviour as Psychopathological Phenomenon

Prof. Dr. S. Rândaşu
Universitary Clinic of Psychiatry Cluj-Napoca

The paper reviews some of the theoretical and practical aspects regarding the correlation between criminal behaviour as social and psychpathological phenomenon.

Crimes commited by psychotics (less frequent as in general population), by morally and psychologically unbalanced persons and by mentally retarded persons raise many problems, related to diagnosis and evolution of judgement and responsability.

Careful research of criminal behaviour in mentally ill persons becomes more and more important. A major role is played by medico-legal expert' s report in the evaluation of judgement and responsability in mentally ill offenders.

A similar role - as importance - is possible to be played by a team of professionals from the Ministery of Justice and Ministery of Health authorized to solve the common legal and medical problems of these kind of delinquents.

## Sexual Delinquency and Psychopatology

Prof. Dr. T. Udriştoiu, Conf. Dr. D. Marinescu, Dr. G. C. Mihăescu,
Dr. L. Gruiet
Psychiatric Clinic of Craiova

Sexual infraction is correlated to aggressive behaviours, the contribution of psychoanalytical school couldn`t be denied. - reason why we can frame in these infraction modalities, the entire scale of deviant behaviours, the correlation to a psychopathological model not being possible, but further more to a social behaviour of an aggressive type.

Beginning with the interest pointed out by the sexual delinquency as for current psychiatric practice, and also for sociological interdisciplinarity, psychological and juridical, we have proposed to ourselves to reveal certain prediction factors of sexual infraction, setting-up a clinical-statistic study upon psychiatric medico-legal expertised cases in LML Craiova for 5 years (1988-1992).

## Forensic Implications of Alcohol Intoxication upon the Power of Judgment

Asist. univ. Dr. D. Perju-Dumbravă, Dr. C.Rebeleanu, Dr. F.Popovici,
Dr. A.Căpâlneanu, Dr. M. Pop
Medico-Legal Laboratorie Cluj-Napoca

The ethylic alcohol is considered the most spread toxin with effects on the atate of healts as well as with anti-social ones.

The sole alcoholic intoxication condition which confers irresponsability is the complete drunkenness, independent of the person' s will. The pathologic drunkenness is put into evidence by psychiatric disorders appeared after alcohol consumption in



Scanned with OKEN Scanner

small quantities., it is followed by total amnesia and with a longer duration than the common drunknness, it appears with non-alcoholic persons and confers irresponsability to the anti-social deed committed.

The present work classifies and studies the 4 ways of committing a criminal offence under the influence of alcohol.

1. The non-deliberate law infringements (a consequence of carelessness by the psych-sensorial alterations that determine reaction disorders during the performance of an activity: work, accedents, trafic offences).
2. Law infringements by behaviour disorders (a consequence of personalty alteration, determining acts of haetero- or self-aggression).
3. Law infrigements committed in a state of addiction, with a view to alcohol procurement: theft, emlezzlement, blackmail, prostitution, parasitism.
4. Infrigements by deliberate alcohol consumption with a view to the completion of the anti-social act.

## Upon the Reconsideration of Decree no 313/1980

Prof. Dr. T. Udristoiu, Conf. Dr. D. Marinescu, Dr. G. C. Mihăescu
Psychiatric Clinic of Craiova

Suitability of a coherent legislation regarding psychic patient with a certain unsafeness potential is a reality. This legislative act should be done apart from D. 313/1980 that represent a regress comparing to the previous D. 12/1965.

The authors a few conceptual difficulties of such a legislation, starting from psychic patient unsafeness myth and ending with psychiatric pseudo-emergency.

## Diagrama

Dr. Tatiana Irimescu

In our work we had under consideration a number of 127 people, representing the people framed in decret 313/80, being in evidence on LSM - Oradea, having their residence in town.

At a first sight it distinguished in a pithy way the prevailess of males 78,74% (100 people), also the most frequent age groups being between 40-50-29% and the age of 30-40-25% with a slow decrease toward the third group and an abrupt decrease under the age of 30.

The study of the affected groups points out thet the frequency of the phychosis raises 55%, followed by the severe alcoholism - 27%, alcoholism being quite associated often with them, epilepsy being present in a single case.

By the level of the education the graduates of elementary schools, the technical schools are preponderant having diverse skills for the job 75%.

The marital status does not sum to influence the presence in this lot, single people divorced, widows or cohabitates represent 55%, those stable families up to 45%.

From the reasons of the framing the groups, aggression is by far the most frequent, dominating the hetero-aggression in 86 out of 127 cases, autoaggression being mentioned only in three cases. Also the abusing usage of alcohol is shown in almost half of the situations.



Scanned with OKEN Scanner

## The Necessity to Reconsider the Standard for Car Driving Test in Accordace with the Diagnosis Criteria Specified in DSM III R and in the International Classification of the Diseases, 10-th edition 1994

Dr. O. Laza(1), Col. ing. R.Şipoş(2)
(1) - Clinic Hospital of Psychiatry Oradea; (2) - Police Insp. Bihor

The present paper makes a comparison of the standards in force for the car drivers and for the people who wish to obtain a deiving licence, published in 1983, and the mental disorders criteria specified in DSM III R as well as in ICD, 10-th edition in accordance with the diagnosis criteria mentioned in DSM III R and ICD, 10-th Edition 1994.

We suggest the elaboration of a new stnadard, that has to comply with DSM III R and ICD, 10-th Edition 1994, in order to avoid some undesired confisuins that could lrad to trafic accidents or may envolve people suffering of mental disorders in trafic incidents.

## Psychopatology and Torture

N. Bilanakis, MD., PhD.
Psychiatrist Medical Director of the Rehabilitation center for Torture Victims of Ioannina Greece

Torture are now consider as a condition capable to create psychopathological situations without the existance of other aggrevating factors.

These psychopathological situations, which could vary, usually create Post Traumatic Stress Disorder.

We try to present our model of understanding the psychopatology of torture victims.

## Consequences of Torture on the Second Generation Results of the research

N. Bilanakis M.D., Pb.D.E. Pappas, M. Dinou
Rehabilitation Center for Torture Victims of Ioannina - Greece

We have examined the state of the mental health of 229 children, between the age of 8-22 years old, of Albanian citizenship and Greek nationality, that live in boardind school in the prefecture of Ioannina and go to Greek school. In this reset, we used the Rutter and Langner questionnaires. 81 children of the total sample (37,9%) had a torture victim in their family. Then, we tried to find the relation between the family background on torture with the state of mental health and other demographic characteristics.

## Evaluation of a Year's Clinical Work in the RCTV of Ioannina

N. Bilanakis M.D., Pb.D.E. Pappas, M.Kourouni, A. Pappas
Rehabilitation Center for Torture Victims of Ioannina - Greece

The RCTV of Ioannina offers medical and psychosocial services for the rehabilitation of torture victims, as well as of the menbers of their families. The sensitization of the general public and the education of special groups of professionals (such as doctors, lawyers, police officers etc.) on issues that are connected with



Scanned with OKEN Scanner

human rights, maltreatment and torture, are another activity of our Center that aims to the prevention of torture.

During the first year of our operation, we have examined and offered medical and psychosocial help to 72 individuals that have survived torture. We give some information on the demographic characteristics of our clients, the kind of their tortures, their clinical image and the trestment that they have received.

## Family Pathology Reagrading Three Cases of Moral and Physical Abuse in Children

Dr. Ana-Maria GRIGORESCU, Prof. Dr. C.ROMANESCU
Psychiatric Clinics - Socola Iaşi

We present three cases of physical and moral abuse on three subjects agrd between 6 and 8 years. In all cases father was the agressor, in two of them the father being epyleptic. The agressions determined an essential psychological disturbance, reactions being very damaging, increasing in intensity and with an autistic aspect.

These cases led us to a hypothesis which establishes a correlation between fear (produced by physical and moral abuse) and the autistic type of psyche disaggregation, an affective response specific to this age.

Scanned with OKEN Scanner

# INDEX ALFABETIC DE AUTORI


ALEXANDRESCU L. pag. 382
ALEXOAIE-CONACHI LILICA pag. 120, 273
ANDREI R. pag. 261
ARDELEAN H. pag. 167, 185, 198, 269, 406,
ARDELEAN M. pag. 249
ARVAY NANDA pag. 382
BABAN ADRIANA pag. 364
BARNA C. pag. 344
BELBA ADRIANA pag. 364, 406
BELIŞ V. pag. 40
BEMBEA M. pag. 304
BERGHI Iu. pag. 262, 266, 328
BLAJINU V. pag. 314
BOCHIŞ Gh. pag. 304
BOIŞTEANU P. pag. 254, 261
BORZA C. pag. 120, 273
BORZA LORICA pag. 120, 273
BRAD MIHAELA pag. 325
CĂPÂLNEANU A. pag. 374
CĂPRARU NORA pag. 18, 294
CÂRJAN L. pag. 36
CARPA A. pag. 108, 112
CARTAŞ NICOLETA pag. 349
CATRINICI I. pag. 266
CHERTIC P. pag. 139, 193
CHIRIȚĂ ROXANA pag. 120, 273
CHIRIȚĂ V. pag. 120, 273
CIOBANU V. pag. 24
CLEJAN Gh. pag. 81
COŞA G. pag. 382
COLCERIU D. pag. 337
COLCERIU ILEANA pag. 167, 406
CORIN MARIA pag. 24
CORNUȚIU G. pag. 98, 406
CORTAS NICOLETA pag. 370
COSMOVICI N. pag. 330
COSTEA GABRIELA pag. 40
COZARI Gh. pag. 406
CURTEANU G. pag. 314
CUSCNEVICI ELEONORA pag. 108,112
CZIRA MARGARETA pag. 406




Scanned with OKEN Scanner

DICULESCU MIHAELA pag. 234
DOBRESCU IULIANA pag. 190, 321
DOLOG AUREL pag. 203
DOLOG CARMEN pag. 203
DORGÓ A. pag. 338
DRAGU DORINA pag. 390
DRESSLER M. pag. 24
DUBCENCO V. pag. 314
FLORUȚ CRENGUȚA pag. 304
FODOR ILDICO pag. 406
GÂLDĂU F. pag. 24, 374
GANGAL M. pag. 40
GEORGESCU MARIE-JEANNE pag. 18, 229
GHEORGHE M.D. pag. 81
GOTTLIEB M. pag. 261
GRECU-GABOS MARIETA pag. 249
GRIGORESCU ANA-MARIA pag. 79, 137, 254, 261, 318
GRIGORESCU GABRIELA pag. 81
GRUIEȚ L. pag. 369
GURGUȚĂ L. pag. 204
HOLBAN V. pag. 108, 112
HURJUI Gh. pag. 239
IACOB RUXANDRA pag. 18, 229
ILAŞ C. pag. 254, 261
ILIEŞ DIANA pag. 261
IONESCU D. pag. 282
IONESCU G. pag. 18, 229, 294
IONESCU-MIHĂIȚĂ E.R. pag. 139, 190, 193, 321
IORGULESCU MARIA pag. 229, 294
IRIMESCU TATIANA pag. 390, 406
JAMBOR C. pag. 406
JEBEREANU AURORA pag. 24
KECSKEMÉTI Şt. pag. 54, 89, 234, 304, 406
KIS GABRIELA pag. 304
KISS EMOKE pag. 406
KOTSCHICK G. pag. 224
LARENTZAKIS S. pag. 60
LAUDAT M.T. pag. 349, 370
LAZA O. pag. 404, 406
LĂZĂRESCU M. pag. 20, 24
LICIU L.D. pag. 239
LOUZOUN CI. pag. 382



Scanned with OKEN Scanner

LUCHIAN MAGDA pag. 330
MACREA RODICA pag. 94
MADAŞ Cr. pag. 406
MADOR ADRIANA pag. 340
MARIN A. pag. 374
MARINESCU D. pag. 60, 115, 221, 298, 369, 387
MESAROŞ ADELA pag. 406
MICLUȚIA IOANA pag. 73
MIHĂESCU C. pag. 115
MIHĂESCU G.C. pag. 60, 298, 369, 387
MIHALACHE G. pag. 166, 185, 198, 269, 406
MIRIŞAN V. pag. 127
MOLDOVAN I. pag. 127
MUNTEANU RODICA pag. 406
NASTAŞ I. pag. 108, 112
NEACŞU M. pag. 24
NEAMȚU ANTONIA pag. 365
NEAMȚU T. pag. 365
NEDELCIUC Gh. pag. 112, 370
NIREŞTEAN A. pag. 249
OANCEA C. pag. 48, 381
ONOFRAŞI FLAVIA pag. 330
OPREA N. pag. 314
OPREA V. pag. 314
OROS Gh. pag. 344, 406
PAINA Gh. pag. 338
PANAITESCU ADRIANA pag. 79, 137, 318
PAPAI BELA pag. 325
PÂRLIȚEANU L. pag. 108, 112, 370
PÂRVULECU R. pag. 203
PÂRVULECU ROZALIA pag. 203
PERJU-DUMBRAVĂ D. pag. 374
PETCU CAMELIA pag. 18, 294
PLAHTEANU MONICA pag. 137
PLATON MONICA pag. 406
PLĂVIȚU ILEANA pag. 229
PLEŞCO A. pag. 262, 266, 328
PLOTNICU M. pag. 314
PODEA DELIA pag. 325
POLTELNICU C. pag. 108, 273, 349
POP I. pag. 337
POP M. pag. 374



Scanned with OKEN Scanner

POP VIOLETA pag. 406
POPA ANA pag. 234
POPA T. pag. 145
POPOVICI F. pag. 374
POSTELNICU C. pag. 112, 120, 370
PRAJA MARIA pag. 234
PRELIPCEANU D. pag. 65, 85, 173, 307, 381
RĂDULESCU EUGENIA pag. 18, 294
RÂNDAŞU S. pag. 302, 366
REBELEANU C. pag. 374
RÉDAI G. pag. 338
RITLI L. pag. 89
ROŞU SIMONA pag. 406
ROMANESCU C. pag. 79, 137, 318
ROMOŞAN I. pag. 212
SÂMĂRGHIȚAN I. pag. 282
SECĂREANU A.. pag. 365
SPINEANU R. pag. 314
SZATMARI MARIA pag. 249
ŞIPOŞ I. pag. 406
ŞIPOŞ R. pag. 404
TĂTARU NICOLETA pag. 406
TIUGAN A. pag. 178
TODEA MARIA pag. 338
TODOR LILIANA pag. 24
TOTÂLCĂ A. pag. 382
TUDOR ANCA pag. 406
ȚUCULESCU V. pag. 382
UDRIŞTOIU T. pag. 60, 116, 221, 298, 369, 387
URSUȚA DOINA pag. 406
VĂDAN ADRIANA pag. 282
VANCSIK OLGA pag. 304
VANDICI N. pag. 167, 269, 406
VASILE D. pag. 81
VERESS A. pag. 338
VINTE EMILIA pag. 178
VINTILĂ MIRELA pag. 406
VLAD N. pag. 204, 290, 375
VLĂDUȚ V. pag. 344, 406
WEBER CECILIA pag. 406
WEITH DANA pag. 406
ZAHARIA CARMEN pag. 254


Scanned with OKEN Scanner

A VII-a CONSFĂTUIRE NAȚIONALĂ DE PSIHIATRIE SOCIALĂ *

19–20–21 oct.
1996

ORADEA
Băile Felix

Scanned with OKEN Scanner